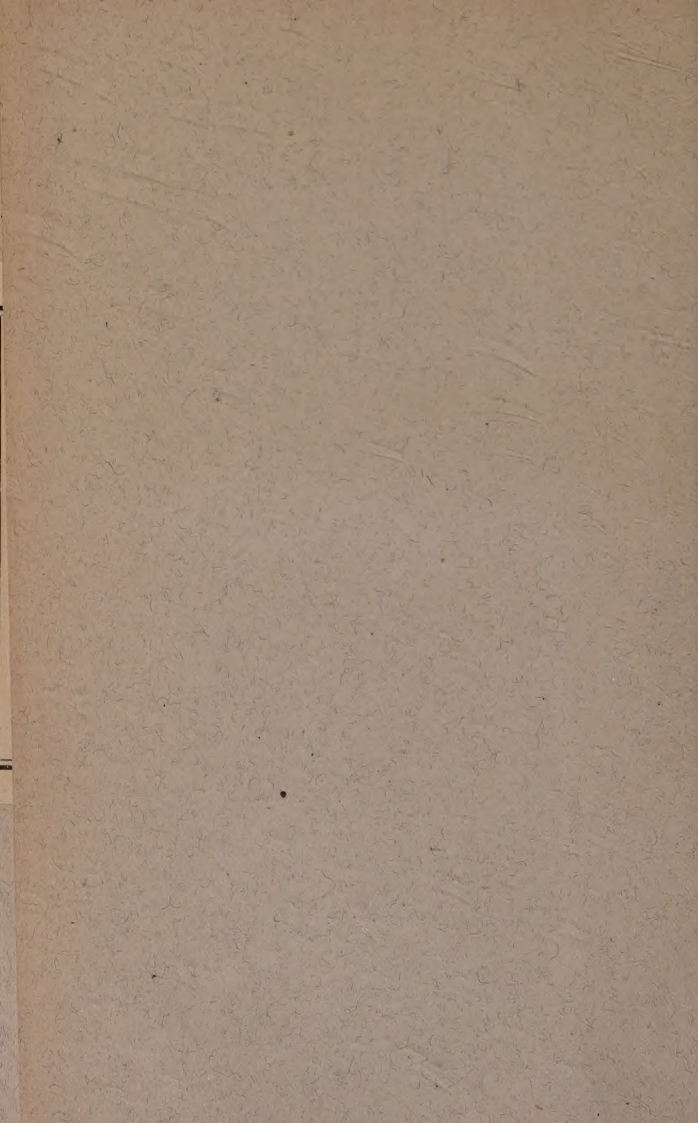




BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY



COMPENDIO

DI

TERAPIA OSTETRICA

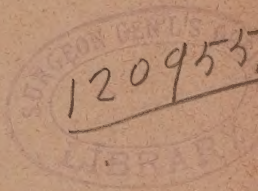
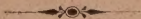
CON 47 FIGURE INTERCALATE NEL TESTO

PEL

D.^r FELICE MEOLA

Professore pareggiato d'Ostetricia e di Ginecologia nella R. Università
Socio Onorario delle RR. Accademie di Napoli, Roma, Palermo, ecc. ecc.

Chirurgo Ordinario dell'Annunziata
e degli Ospedali dipendenti dal R. Albergo dei poveri.



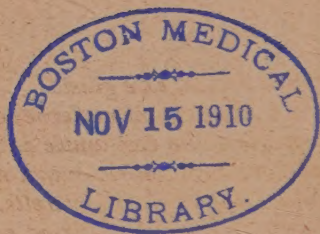
NAPOLI

SOCIETÀ IN ACCOMANDITA A. BELLISARIO E C.

Antico R. Stabilimento tipografico Comm. G. de Angelis e Figlio

Portamedina alla Pignasecca 44

1887



PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

25 A 385

PREFAZIONE

Il mio libro non porta dedica, ed è giusto.

Tra le pubblicazioni d'ostetricia più moderne ve n'ha talune, certo assai pregiate, ma così ampie da poter servire appena come libro di riscontro, quindi niente o poco utili pel pratico. Altre poi, più ristrette, contengono tutta la parte puramente dottrinale, ma sono incomplete nella parte pratica. Tutte poi indistintamente sono così monche, confuse ed inesatte intorno alle alterazioni del puerperio, da non potercisi spesso raccapezzare, specialmente da chi, lontano dai grandi centri, non può seguire alla giornata il movimento scientifico.

Ora un libro che, nulla trascurando delle cognizioni scientifiche moderne, sintetizzate il più possibile, avesse esposto tutte le cose più importanti per l'ostetrico pratico, questo è quello che mi son proposto. E per riuscire maggiormente chiaro ed utile ho fatto tre grandi divisioni: GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO, dando prima un rapido cenno delle cose riguardanti la parte fisiologica e dilungandomi poi in quelle che spettano alla parte patologica.

L'esser mi poi, in proporzione, un poco più ampiamente diffuso sulle infezioni del puerperio è dovuto sia al bisogno da tutti sentito di pubblicazioni al riguardo, sia al fatto che le operazioni od altre cose

speciali possono interessare l'ostetrico di professione, ma non v'ha pratico al quale non possa occorrere la cura di tali alterazioni.

Il mio libro poi è stato fatto con tale indirizzo da poter essere utile ancora per gli studenti, i quali, meno la parte fisiologica preliminare, troveranno tutto quanto loro può essere necessario.

Se il risultato abbia corrisposto al mio intendimento, mi aspetto sentirlo dai miei colleghi. Solamente io posso assicurare che per mancanza di tempo in qualche punto non ho raggiunto del tutto il mio concetto. Ma, a ripararvi, prometto fin da ora di far meglio un'altra volta.

Marzo, 1887.

F. MEOLA.

PARTE PRIMA

Dopo l'azione misteriosa ed inesplicabile dell' elemento fecondante maschile su quello femminile, sperma ed uovo, ecco iniziato lo sviluppo d'un novello individuo, che d'ordinario ripete non solo le qualità fisiche, ma anche le morali dei suoi genitori. Quello stato speciale della donna, compreso tra il momento della fecondazione e quello dell'espulsione del prodotto del concepimento, dicesi gravidanza.

Ma in siffatto periodo non solo si avverano modificazioni incessanti nello sviluppo progressivo dell'uovo fecondato, ma benanco nell'organismo della madre. La gravidanza è certo una funzione fisiologica ligata alla vita sessuale della donna, ma essa induce modificazioni nell'organismo intero, non solamente nelle parti genitali, e siffatti mutamenti non sono ancora completamente conosciuti.

È già qualche tempo che abbiamo rivolte le nostre ricerche intorno a s'ffatto argomento. Fin da ora possiamo dire che nel corso della gestazione si avverano modificazioni notevoli così nel fegato come nella milza, così nella midolla ossea come nelle glandole linfatiche, nel cuore, infine in tutti gli organi. Sono modificazioni di struttura, che certo tengono a modificazioni di funzioni. Ma noi per ora non ne diremo più che tanto.

Ora, se non solo le funzioni, ma gli organi stessi sono influenzati e modificati dallo svolgersi della gra-

vidanza, non farà meraviglia il vedere taluni disturbi, i quali altro non segnano se non un gradino più avanzato della modificata funzione.

Noi quindi, a procedere con metodo, passeremo dal fisiologico al patologico.

La gravidanza si distingue in *uterina* ed *extrauterina*, in *semplice*, quando si sviluppa un feto solo, *composta*, quando se ne sviluppano più, *complicata*, quando si accompagna a qualche processo patologico. È inutile parlare della *gravidanza falsa*, giacchè essa non segna che un errore di diagnosi.



GRAVIDANZA



A. Diagnosi della gravidanza — B. Epoca e durata della gravidanza — C. Gravidanza semplice e composta — D. Interrogatorio ed esame della donna gravida — E. Igiene della gravidanza.

A. Diagnosi della gravidanza.—Riferiremo i diversi segni della gravidanza raggruppandoli per ciascun mese.

Primo e secondo mese

Segni razionali od equivoci

1° Soppressione delle regole, con numerose eccezioni.

2° Disturbi digestivi, vomito, nausea, pervertimento dell'appetito, costipazione ecc.

3° Ventre leggermente appiannato.

4° Ombellico più infossato.

5° Turgidezza delle mammelle con punture e leggieri dolori.

6° Principio della chiesteina nelle urine.

Segni sensibili

1° Aumento nel volume e nel peso dell'utero.

2° Leggiero abbassamento dell'organo.

3° Leggiero ingrossamento del collo; orifizio chiuso nelle primipare, aperto nelle altre. Orifizio più centrale al bacino.

4° Vagina più calda, più molle e più rossa la mucosa del collo.

Fine del terzo mese

Segni razionali od equivoci

1° Soppressione delle regole, poche eccezioni.

2° Cessano d'ordinario i disturbi digestivi.

3° Minore appianamento del ventre.

4° Ombellico un po' sporgente.

5° Cresciute le mammelle ed il capezzolo. Areola poco colorata. Glandole del Montgomery.

6° Aumento della chiesteina.

Segni sensibili

1° Fondo dell'utero in corrispondenza dello stretto superiore o 2 centim. in sopra, che può palparsi deprimendo la regione ipogastrica.

2° Maggiore volume e peso dell'utero, rilevabile col riscontro combinato.

3° Collo quasi come al secondo mese.

4° Raro rumor di soffio.

5° Talvolta la donna incomincia ad avvertire i movimenti.

6° Questi possono percepirsi dall'ostetrico con lo stetoscopio di rado.

Fine del quarto mese

Segni razionali od equivoci

1° I medesimi segni del terzo mese; talora ritornano i disturbi simpatici.

2° Qualche disturbo della circolazione è possibile. Vertigini.

3° Ventre più voluminoso.

Segni sensibili

1° Fondo dell'utero a tre dita sul pube, centim. 5 a 6.

2° Ottusità alla percussione nella regione ipogastrica.

3° Utero quanto una testa di feto.

4° Collo poco mutato nelle primipare, rammollito nelle multipare ed aperto da fare introdurre l'apice del dito.

5° Spesso si sentono il soffio uterino ed i battiti cardiaci.

6° Talvolta si sentono i moti attivi col palpamento.

Fine del quinto mese

Segni razionali od equivoci

- 1° I medesimi fatti.
- 2° Considerevole aumento della regione sotto-ombellicale.
- 3° Ombellico quasi scomparso
- 4° Maggior colorazione della areola e della linea alba.
- 5° Tubercoli papillari più sviluppati.
- 6° Di rado qualche goccia di siero dalla pressione delle mammelle.

Segni sensibili

- 1° Fondo dell'utero molto vicino all'ombellico, centim. 16 a 18 sul pube.
- 2° Il collo sembra più corto.
- 3° Collo nelle primipare più alto è diretto in dietro ed a sinistra, più molle, con orifizio chiuso.
- 4° Nelle multipare gli stessi fatti, ma è più molle e fa introdurre metà della prima falange.
- 5° Palpabili le ineguaglianze prodotte dalle parti fetali, i moti attivi e passivi.
- 6° Rumori cardiaci e di soffio.

Fine del sesto mese

Segni razionali od equivoci

- 1° Gli stessi segni.
- 2° Scompaiono d'ordinario i disturbi digestivi.
- 3° Ventre prominente, con tumore rotondo e spostabile di lato nella linea mediana.
- 4° Ombellico appianato.
- 5° Maggiore colorazione dell'areola, della linea alba e spesso anche del viso.

Segni sensibili

- 1° Fondo dell'utero un dito trasverso sull'ombellico, centim. 19 a 21 sul pube.
- 2° Collo più molle nelle primipare e permette l'introduzione di piccola porzione del dito.
- 3° Nelle multipare talvolta s'arriva fino all'orifizio interno.
- 4° Evidenti i movimenti attivi.
- 5° Rumori di soffio e cardiaci più distinti.
- 6° Facile ballottamento.

Fine del settimo mese

Segni razionali od equivoci

1° I medesimi segni.

2° Ombellico sporgente sulla pelle del ventre.

3° La pelle del ventre incomincia a screpolarsi in vari punti.

Segni sensibili

1° Fondo uterino a tre dita trasverse sull'ombellico centim. 22 a 27 sul pube.

2° Inclinato d'ordinario a destra.

3° Collo sempre più rammollito; nelle primipare vi si può introdurre il dito fino alla metà, nelle multipare fin nell'orifizio interno.

4° Rumori cardiaci e disoffio chiarissimi.

6° Sensibilissimi i movimenti attivi e passivi.

Fine dell'ottavo mese

Segni razionali od equivoci

1° Gli stessi segni.

2° Anello ombellicale dilatato e talvolta con ernia.

3° Più numerose crepature della pelle.

4° Talvolta edema e varici nella metà inferiore del tronco.

5° Talvolta granulazioni vaginali e scolo.

6° Tubercoli papillari sviluppatissimi e che spesso danno siero.

7° Siero lattescente con la pressione dalle mammelle.

Segni sensibili

1° Fondo uterino a 4 o 5 dita trasverse sull'ombellico, cent. 28 a 31 sul pube.

2° Collo difficilmente raggiunto nelle primipare, il dito penetra talora fino all'orifizio interno.

3° Nelle multipare pure si raggiunge di rado, e dagli orifizi si tocca il feto.

4° Più chiari i segni dell'ascoltazione.

6° Ballottamento meno facile ed esteso.

Nono mese — Prima metà

Segni razionali od equivoci

1° Spesso torna il vomito dopo il cibo abbondante.

2° Ventre aumentato, pelle distesa, lucida e screpolata.

3° Respirazione difficile ed affannosa.

4° Edema, varici, granulazioni nel collo, i tubercoli papillari sono più che mai pronunziati.

5° Spesso scolo di latte con strie azzurregnole dalle mammele.

Segni sensibili

1° Il fondo uterino non si alza molto, centim. 32 a 34.

2° Porzione sopra-vaginale del collo scomparsa nelle primipare; quella intravaginale è brevissima; orifizio interno chiuso. Nelle multipare il collo è quasi scomparso completamente, l'orifizio interno permette sempre di toccare le membrane.

3° Moti attivi e rumori cardiaci e di soffio intensissimi.

4° Cessa il ballottamento, ma pare di sollevare qualche cosa contenuta nell'utero.

Seconda metà

Segni razionali od equivoci

1° Cessa il vomito.

2° Il ventre s'abbassa e si allarga.

3° La respirazione è più libera.

4° Maggiore difficoltà nel cammino.

5° Stimolo frequente d'urinare.

6° Emorroidi, varici ed edema più pronunziati.

7° Dolori di reni e coliche.

Segni sensibili

1° Fondo uterino abbassato d'ordinario a 4 dita sull'ombelico.

2° Collo con quasi gli stessi caratteri.

3° Estremo inferiore dell'ovale uterino abbassato nell'escavazione, spesso attraverso il collo si sentono le parti presentate.

4° Persistono i segni dell'ascoltazione e del palpamento, ma il ballottamento è affatto impossibile.

È possibile che nel corso della gestazione abbia luogo la morte del feto, senza che ne segua la sua espulsione. Ciò è importante a conoscere, sia per distinguere l'esistenza del prodotto del concepimento dalle altre malattie alle quali potrebbe pensarsi, sia pel partito da prendere nel caso fosse necessario un intervento ostetrico. Ebbene, bisogna distinguere i segni rilevabili nella prima metà della gravidanza, da quelli della seconda metà.

Nella prima metà non esistono segni sensibili, onde la cessazione dei disturbi riflessi, il ritorno *ad pristinum* dopo una malattia di più o meno breve durata (d'ordinario iniziata con brivido e febbre alta), la diminuita tensione del ventre, la sensazione d'un corpo inerte spostabile nel bacino, l'afflosciamento delle mammelle ecc. sono altrettanti criterii possibili da tener presenti. Nella seconda metà della gravidanza poi si ricercheranno i segni certi nelle manifestazioni fetali (battiti cardiaci, movimenti), specialmente se già prima si erano percepiti.

Durante il travaglio la mancanza dei battiti cardiaci e dei movimenti, l'odore fetido delle acque dell'amnios, la cessazione delle pulsazioni del cordone, la paralisi degli sfinteri orale od anale a norma della diversa presentazione sono i segni della morte del feto.

B. Epoca e durata della gravidanza.— Per determinare l'esatta epoca della gravidanza bisognerebbe conoscere il momento in cui ha avuto luogo la fecondazione, ciò che è affatto impossibile. Come regola pratica si è richiamata l'attenzione sul livello del fondo dell'utero e sulla lunghezza del feto in esso contenuto. Circa l'altezza, dove trovasi il fondo dell'utero nei diversi mesi della gestazione, se ne è già fatta parola.

Per misurare la lunghezza del feto, Ahlfeld ha inventato un compasso di spessore, di cui una

branca dalla vagina si poggia sul collo dell'utero, e l'altra sul fondo dell'organo. Bisognerebbe stabilire la proporzione, partendo dal criterio che l'ovoide fetale misura nell'utero quasi la metà della lunghezza totale del feto e che questo a termine è in media lungo 50 a 52 centimetri.

Si son voluti stabilire pure diversi calendarii, quali, a seconda dell'ultima mestruazione, o dei mesi lunari e solari, determinerebbero proprio il momento del parto; ma neanche così è possibile schivare ogni errore. Epperò è preferibile, come consigliano i francesi, incominciare a valutare il principio della gravidanza da quindici giorni dopo scomparsa l'ultima mestruazione ed indi paragonare questa data con la prima comparsa dei movimenti fetali.

Quanto alla durata ordinaria della gravidanza, si è molto discusso, senza arrivare ad una conclusione definitiva. Si propende però ad assegnare alla gestazione la durata media di 270 a 280 giorni, conoscendo però che i suoi limiti si possano estendere fisiologicamente tra i 260 ed i 300 giorni.

C. Gravidanza semplice e composta. — Non è raro ad incontrare le gravidanze multiple, specialmente gemellari ed è importante farne la diagnosi sia per comprendere e riparare taluni fatti speciali nel corso della gestazione, che, più importante ancora, per regolare la condotta da tenere nel momento del parto.

È noto come la gravidanza gemellare possa avverarsi o perchè sono fecondati nello stesso tempo due ovuli maturi, prodotti dai due ovarii; o perchè nella stessa vescicola di Graaf si trovano due ovuli simultaneamente fecondati; ovvero perchè in un ovulo solo trovansi due germi. Distinzioni coteste importanti a tener presenti pel modo speciale di comportarsi degli annessi fetali (Amnios e corion unico e placenta unica o doppia).

I segni della gravidanza gemellare vanno distinti in probabili e certi. Tra i primi è da annoverare l'esagerato volume del ventre non corrispondente alla epoca della gravidanza; la sua forma speciale, quando i due feti si trovano di lato; l'edema sopra pubico, benchè a questo non bisogna dare l'importanza che volevano Depaul e Guèniot; l'esagerazione di tutti i fenomeni della gravidanza. Tra i secondi vanno compresi i segni ricavati col palpamento, col riscontro e specialmente con l'ascoltazione, la cui mercè possono arrivarsi a sentire da due osservatori due massimi d'intensità dei battiti cardiaci fetali.

Ma si noti, che spesso per condizioni speciali cotevoli segni di certezza possono non essere rilevabili, o non avere tutto il loro giusto valore e quindi può restarsi nel dubbio non pure nel corso della gravidanza, ma benanche nel momento del parto. Ed è durante il travaglio che dal Depaul venne indicato un segno importantissimo, cioè la duplicità della bozza fatta dal sacco delle acque, o l'esistenza d'una seconda, quando si rileva già rotta la prima.

Le gravidanze trigemini e quadrigemini rientrano nei casi affatto eccezionali e, poichè esse non presentano pratica importanza, noi ce ne passeremo.

D. Interrogatorio ed esame della donna gravida. — L'interrogatorio della donna gravida deve esser fatto con talune regole. Nel caso di rachitismo si domanderanno innanzi tutto i particolari dell'infanzia ed il tempo nel quale la bambina incominciò a camminare.

Essendovi qualche dubbio, si esaminerà la donna all'ignudo alla presenza della madre o del marito, per rilevare la direzione della colonna vertebrale e qualche altra possibile deformità apparente.

Si passerà indi a domandare dell'epoca della prima mestruazione e dei suoi particolari successivi. Nel caso di multipara, bisogna ricercare i particolari delle gravidanze e dei parti anteriori.

Arrivati alla gravidanza attuale, si domanderà di tutti i segni o disturbi che l'hanno accompagnata e non si mancherà mai di esaminare se si trovi zucchero od albumina nelle urine. Si ricercheranno indistintamente tutti i segni rilevabili con l'ispezione, il palpamento e l'ascoltazione, rimandando per altra volta quelli del riscontro. Bisogna sempre determinare, per quanto è possibile, la prima manifestazione dei movimenti fetali.

Nel dubbio dell'esistenza di vizio di bacino, si farà fin dal primo momento la pelvimetria esterna strumentale e l'interna digitale, e quest'ultima sarà di tanto in tanto ripetuta. Ma sarà detto a suo luogo del modo come precisare il momento ed il modo dell'intervento.

E. Igiene della gravidanza. — Come regola generale, quanto all'igiene della gravidanza, è da tener presente che questa non è che una funzione fisiologica e che quindi la donna non deve per nulla modificare le sue abitudini ordinarie, meno però per condizioni speciali. Per ora non ci occuperemo delle malattie propriamente dette della donna incinta, ma solamente faremo rilevare che né tutte le donne portano innanzi la gravidanza allo stesso modo, e né la stessa donna le diverse gravidanze. Si seguano i seguenti criterii generali.

Nelle donne che hanno abortito, o che nell'epoca corrispondente alla mestruazione abbiano dolori uterini, si prescriba l'assoluto riposo ed il clistere laudannizzato (20 gocce di laudano in 30-40 grm. d'acqua) con la siringa, in modo che resti e venga assorbito, ripetendosi nella giornata o ad intervalli più lunghi, secondo il bisogno.

Bisogna che la donna seguiti ad uscire a piedi, od in carrozza, come per lo innanzi, evitando però di fare molte scale nella stessa giornata. Si eviteranno il ballo, tutti gli sforzi, l'eccessiva stanchezza del co -

po, i lunghi viaggi. Che se poi la donna, a gravidanza inoltrata, dovesse fare un viaggio in ferrovia, la si farà mettere sdraiata.

Il busto ed ogni vestimento troppo stretto dovrà essere proscritto. È utile specialmente nelle multipare ed a gravidanza inoltrata portare una fascia applicata sulla regione ipogastrica, la quale nello stesso tempo sostiene l'utero e lo mantiene nell'asse del bacino.

Le vesti dovranno essere diverse a norma della stagione. ma d' inverno specialmente bisogna ben coprirsi per evitare ogni alterazione catarrale, la quale merita considerazione maggiore che nelle altre epoche della vita.

La nutrizione, anche in condizioni normalissime, deve essere sostanziosa; si raccomandino piuttosto pasti piccoli e ripetuti, che uno solo voluminoso.

La costipazione è compagna indivisibile principalmente dei primi ed ultimi mesi della gravidanza, e perciò bisogna badarvi attentamente. Finché si riesce, nulla è preferibile al clistere, altrimenti si adoperino i lassativi, tra cui è da raccomandare l'acqua di *Janos* alla dose di un bicchiere al mattino (una bottiglia in 4-5 giorni). Se è necessario un purgante più energico, si adoperi pure, evitando però i drastici e se ne cerchi poi il compenso nella vittitazione, usando specialmente il burro a colazione con le arance od altre frutta.

Ad intervalli alla costipazione succede la diarrea, che non sarà curata quando si mantiene entro certi limiti, altrimenti si daranno gli astringenti (bismuto, tannino ecc.)

Per le diverse nevralgie, si farà l'ordinaria cura sintomatica, essendo sicuri che per le penosissime nevralgie dentarie è un errore credere di riuscire a calmarle con l'estrazione di tale o tale altro dente.

I bagni saranno sempre commendati, purché la

temperatura dell'acqua non si scosti molto da quella del corpo; si baderà quindi per i bagni termo-minerali. Nel caso di aborti precedenti o di minaccia di essi, si farà il bagno a casa alla temperatura di 34° a 35° C., rimanendo indi per qualche ora nel letto. Bisogna evitare il nuoto nel bagno di mare, come le docce.

Quando la donna diviene incinta nel corso d'una malattia uterina, bisogna sospendere qualunque medicatura.

Nelle donne che vogliano allattare, dal 7° mese bisogna preparare i capezzoli, stirandoli dolcemente e bagnandoli più volte nel corso del giorno con qualche tintura o meglio col rhum.

Quanto ai rapporti coniugali, essi debbono essere evitati al principio, quando vi sono disturbi d'una certa entità e nelle epoche corrispondenti ai periodi mestruali, come negli ultimi tempi della gestazione. Negli altri periodi essi possono essere continuati, ma con moderazione.

Questi i criterii generali, ma vi possono essere indicazioni speciali sopra ogni punto, come si vedrà in seguito.

CAPO II.

MALATTIE DELLA DONNA INCINTA

Tutti i diversi apparecchi dell'economia della donna subiscono modificazioni sotto l'influenza della gravidanza. Le gradazioni di siffatte modificazioni poi sono così svariate e numerose, per quanti sono i gradi da stabilire tra le condizioni normali e quelle morbose.

Seguendo Désormeaux, Cazeaux e Charpentier, passeremo a rassegna i possibili disturbi, raggrup-

pandoli a secondo dei diversi sistemi ed apparecchi organici.

Art. I.—ALTERAZIONI DELL'APPARECCHIO DIGERENTE.

A Ptialismo — *B*. Gengivite — *C*. Esaltazione — *D*. Anoressia — *E*. Disgusto e repulsione per gli alimenti — *F*. Disturbi delle funzioni digestive — *G*. Vomito — *H*. Costipazione — *I*. Diarrea.

A. Ptialismo. — La salivazione è uno dei disturbi ordinarii della gravidanza; di nessuna importanza, quando resta in proporzioni discrete. Ma in certi casi essa è così abbondante, da derivarne sia molestia per la povera donna, che si trova sempre la bocca piena di saliva e non può nemmeno dormire, sia danno reale per la perdita e per i disturbi digestivi che spesso ne sono la conseguenza.

Sicommendano in tal caso i gargarismi astringenti (allume, tannino, clorato di potassa 1 % ovvero l'uso degli amari, quassia, scorze d'arance amare, ecc.) tenute a permanenza in bocca. Si è lodata pure l'abitudine di lavarsi di tanto in tanto la bocca col rhum o con l'alcool. Oggi si raccomanda pure la cotoina (1½ grm. in 4 cartine, come la tintura di coto, 1 grm. 1½ a 2 in 100 grm. d'acqua) (Huchard).

B. Gengivite. — La gengivite delle donne gravide è un'alterazione molto penosa. Le gengive si fanno rosse, gonfie, tumide, spesso i denti vacillano e facilmente vien fuori sangue od un liquido sieroso.

Sicerchi innanzi tutto di badare alle condizioni generali, indi ai disturbi gastrici, che possono trovarsi in complicità. Quali mezzi locali poi si consiglieranno i collutorii astringenti e disinfettanti. Le pennellazioni di clorato di potassa o tannino (1 in 10 di mele rosato, 1 in 10 di glicerina) di alcoolato di coclearia ed idrato di cloralio, a parti eguali, di acido borico in

glicerina 1 a 10, di succo di limone, di acido cromico, di soluzione di sublimato (1,500) allevieranno, ma difficilmente guariranno siffatta penosa alterazione, che spesso dura quanto la gravidanza.

C. Esaltazione. — L'aumento dell'appetito, seguito da perfetta digestione e miglioramento della nutrizione, è difficile ad incontrare; quando ne fosse il caso, si raccomandi la buona scelta degli alimenti e la sorveglianza delle funzioni digestive, giacchè talvolta lo stomaco richiede molto, ma l'intestino serve poco.

D. Anoressia. — La mancanza del bisogno d'alimentarsi suole osservarsi al principio, come verso il termine della gravidanza. Non si possono indicare regole fisse al proposito, giacchè talvolta si raggiunge lo scopo con mezzi semplicissimi, altre volte s'incontrano difficoltà quasi insormontabili. Per riuscire, si cercherà prima di variare quanto più è possibile gli alimenti, si stimolerà lo stomaco con gli amari, le acque aromatiche, principalmente la limonea cloridrica o lattica, a cui si aggiungerà qualche grm. di pepsina. Si cercherà poi di modificare l'ambiente nel quale la donna vive, col moto all'aria libera, la campagna ecc. Quando in nessun modo si potesse riuscire ad indurre la donna a prender cibo, si manterranno le forze con i clisteri nutritivi, come si dirà pel vomito incoercibile.

E. Disgusto e repulsione per gli alimenti. — In torno alla perversione del gusto, *pica*, *malacia*, diremo ben poco. La donna talvolta è restia ad ingerire qualunque più squisita vivanda, preferendo roba disgustosa e nociva (carbone, pietra, legno, carne guasta ecc.). Naturalmente sopraggiungono poi le sofferenze gastriche per le sostanze ingerite. Si cercherà di riuscire a mitigare i possibili mali ora con la persuasione, ora col somministrare spesso dei cibi piacevoli, ora con mille altri ritrovati, che bisogna improvvisare ad ogni caso.

F. Disturbi delle funzioni digestive. — Il più importante dei disturbi digestivi è il vomito, il quale, ordinario al principio come al termine della gestazione, può arrivare sino al punto di minacciare la vita della donna.

G. Vomito. — Si distingue il *vomito semplice* da quello *incoercibile*.

Il vomito semplice è uno dei primi indizi della gravidanza e spesso termina al 4° mese.

Qualche autore lo volle mettere in rapporto con le ulcerazioni del collo uterino (Bennet) ma esso è troppo comune perchè siffatta ipotesi sia accettata.

Più frequente al mattino nel mutamento di posizione, benchè possa ripetersi in tutte le ore del giorno, è accompagnato o non da sofferenze gastriche. Le sostanze eliminate possono esser fatte dagli alimenti, dal muco, dalla bile. Spesso resta senza azione sul generale della donna, altra volta induce smagrimento e passa in quello che chiamasi *incoercibile*. In quest'altra forma morbosa, la quale in realtà non è rarissima, (Dubois ne ha veduto 20 casi seguiti da morte, Delbet ne ha raccolto 62 casi e Guéniot 118); gli autori hanno distinto tre periodi.

Nel primo, può esservi l'impossibilità di ritenere qualunque sostanza ingerita, solida o liquida, assieme ad altri svariati disturbi dell'apparecchio digerente e con le alterazioni generali necessarie dopo un certo tempo.

Nel secondo periodo, non solo si aggravano tutti i disturbi cennati, ma vi è la febbre. La pelle diviene arida, gli estremi freddi, la bocca asciutta, la lingua secca, l'alito fetido, le urine scarse, cariche, di cattivo odore, vi è di regola diarrea.

Nel terzo, i vomiti diminuiscono o cessano, la febbre sale a 39° e 40°, il polso a 120 e 140, vi è delirio, indi coma e morte.

In generale il corso della malattia è molto lento, 2 a 3 mesi, spesso si hanno tregue spontanee o provocate dai rimedi. Possono aversi complicanze dirette, quali il ptialismo, la diarrea, le sincopi, il mugghetto, le gangrene boccali e la tubercolosi polmonare, ed indirette, come l'isterismo, le convulsioni epilettiformi, l'albuminuria e l'eclampsia, l'obliterazione del collo uterino ed il cancro dello stomaco.

L'anatomia patologica in tali casi nulla ha riscontrato in fuori dell'iperemia e del rammollimento della mucosa gastrica.

Le cagioni del pari sono oscure, giacchè, se in taluni casi si è potuto scoprire un processo irritativo uterino, o circostante, od una predisposizione generale, in altri si è restato nella piena ignoranza.

La diagnosi in certi casi è facile, in altri è difficile circa l'eliminare qualche altra cagione produttrice del vomito. La prognosi è grave, meno però nel primo che negli altri periodi.

La cura del vomito incoercibile, considerata la gravità dell'alterazione, è della più alta importanza. Essa va distinta in: 1° Cura igienica, 2° medica, 3° chirurgica e 4° ostetrica.

1.° Considerato che il vomito non incomincia ma diventa incoercibile, bisogna subito sopprimere tutti gli alimenti grossolani ed indigeribili, gli eccitanti sotto tutte le forme, specialmente gli alcoolici, raccomandando il latte, le uova, le carni bianche, i gelati ecc., insomma tutti gli alimenti di facile digestione, presi in varie volte ed in piccole quantità al principio. Fino ad un certo punto poi si seguiranno i desideri bizzarri dello stomaco, a meno che, soddisfacendoli, non dovesse venirne grave danno.

2.° A mantenere la nutrizione si sono commendati clisteri nutritivi fatti col latte, col brodo e col peptone. Il Cazeaux raccomanda molto il bagno alquanto freschetto.

La cura più antica fatta al proposito era quella del salasso generale o locale con le sanguisughe applicate all'epigastrio. Si badi però a non indebolire la donna per un tentativo di così dubbio risultato. Solo quando le condizioni generali lo permettessero e vi fossero i segni della congestione negli organi del bacino, si applicheranno 2 a 4 sanguisughe direttamente sul collo dell'utero, essendosi ottenuto buon successo da tale pratica dal Clertan e dal Clay.

Quanto ai medicamenti, si sono adoperati, con i *riulsivi locali* (senapismi, vescicanti, ventose, caustici) i *purganti*, i *vomitivi*, gli *alcalini*, gli *acidi*, gli *antispasmodici*, le *sostanze aromatiche*.

Con maggiore vantaggio in certi casi si è dato l'oppio internamente (5 a 10 centigrm. in 4 volte o 15 a 20 gocce di tintura tebaica), o per suppositorio (10 a 20 centigrm. con 2 grm. di burro di cacao per 4 supp.), o 20 gocce di laudano in 20 grm. di acqua per clistere, ripetuto fino a 3 o 4 volte nel corso del giorno. Non raccomandiamo le iniezioni sottocutanee di morfina, perchè queste, specialmente in certe donne, aumentano invece di far cessare il vomito.

Infine si sono proposti molti rimedi empirici, l'*acido prussico* medicinale, e il *cianuro di potassio* sono sostanze troppo velenose, l'*acqua di lauro ceraso* (60 ad 80 gocce, 20 per volta), il *jodo* (4 ad 8 gocce in 100 grm. di emulsione), il *joduro* e *bromuro* di potassio (secondo la tolleranza), l'*ossalato di cereo* (3 grm. al giorno in 6 cartine), la *crema di bismuto* (6 ad 8 grm. al giorno), la *tintura di noce vomica* (10 a 20 gocce), il *calomelano* (40 a 50 centigr. in 10 dosi) la *pepsina* (2 a 3 grm. al giorno), il *freddo*, gli *alcoolic*, ecc.

In questi ultimi tempi si sono consigliate le *polverizzazioni d'etere* all'epigastrio e lungo la spina (25 a 30 grm. per volta): l'*elettricità* e le *iniezioni sottocutanee d'etere*.

Recentemente in qualche caso si è trovata utile la *cocaina* ($\frac{1}{2}$ grm. in 15 d'acqua distillata, per pennellazioni sulla base della lingua e sulla dietro-bocca; ovvero 10 a 15 centigr. in 80 a 100 grm. d'acqua internamente) ovvero il *bromidrato di cocaina e la belladonna* (10 a 15 centigrm. in 4 p.)

Si tenga sempre innanzi però che mentre il più innocente e leggero dei farmaci cennati può raggiungere lo scopo, tutti nello stesso tempo possono restare inefficaci e quindi bisogna far ricorso alla cura chirurgica.

3.° Nel caso di eccessiva deviazione bisogna raddrizzare l'utero, sia facendo giacere la donna in direzione opposta, chè con le manovre interne ed esterne, applicando indi una fascia (Moreau). Esistendovi ulcerazioni del collo, se ne farà la causticazione con la soluzione di nitrato d'argento (10 %) con l'acido azotico, ed anche col ferro rovente (Bennet). In sei casi si è ottenuto l'intento senza interruzione della gravidanza. Giordano ha proposto fin dal 1886 la causticazione della cavità del collo col lapis di nitrato d'argento, ma così d'ordinario si provoca l'aborto.

4.° Oggi è accettata l'interruzione della gravidanza, qualunque ne sia l'epoca come cura ostetrica dell'alterazione, quando gli altri mezzi a nulla avessero approdato e la vita della donna si trovasse in pericolo. L'importante è di sapere in quale periodo debba intervenire con le maggiori probabilità di riuscita. Ora tutti convengono che il momento indicato sia il secondo periodo, quando cioè si sono già sperimentati tutti gli altri mezzi e, ad onta di questi, sia sopraggiunta la febbre e la donna giorno per giorno peggiori nel generale.

H. Costipazione. La costipazione moderata è compagna ordinaria del principio, come della fine della gravidanza, ma, spinta al di là di certi limiti, provoca disturbi digestivi, dolori addominali e lombari e poi

senso di tensione e pienezza nel piccolo bacino, emorroidi ecc. Inoltre, gli sforzi fatti dalla donna nella defecazione per espellere quelle scibale dure, possono esser cagione di svariati accidenti. Vi si rimedi dapprima modificando la vittitazione nel senso di sopra indicato, indi col clistereed infine con i lassativi od i purganti, purchè tra questi ultimi si evitino i drastici.

I. Diarrea. Certe volte la gravidanza incomincia e termina con la diarrea; altra volta essa si alterna con la costipazione o si accompagna al vomito incoercibile, ed arriva a prendere forma dissenterica. In certi casi ha provocato l'aborto od il parto prematuro. Vi si rimedierà con i mezzi ordinari (bismuto, tannino, clorato di potassa, nitrato d'argento, oppio, laudano ecc.) Non si trascuri mai in tali casi il piccolo clistere laudanizzato (20 gocce in 20 grm. d'acqua).

Art. 2. — ALTERAZIONI DELL' APPARECCHIO RESPIRATORIO

A. Iperemia ed emottisi. — B. Bronchite. — C. Polmonite — D. Pleurite. — E. Tubercolosi.

A. Iperemia ed emottisi. Come Peter ha dimostrato, nel polmone della donna gravida si riscontra una pletora fisiologica. Ora, data una cagione accidentale per la quale viene disturbata la circolazione del polmone, si avvererà l'emottisi ed anche, in proporzioni maggiori, l'apoplessia polmonare.

Da tali condizioni però può rilevarsi, come l'emottisi in una donna gravida, indipendente da qualunque altro disturbo, possa meritare minore considerazione che nell'ordinario.

B Bronchite. Tutte le alterazioni dell'apparecchio respiratorio acquistano durante il corso della gravidanza importanza maggiore che nelle altre epoche della vita.

La bronchite acuta, sia che interessi i grossi, che

i medi e piccoli bronchi, può essere accompagnata da forte dispnea, e, specialmente nei mesi alti della gravidanza, può per gli accessi di tosse stizzosa cagionare seri disturbi, tra i quali son da mettere in prima linea le emorragie da scollamento della placenta. I calmanti ed i narcotici debbonsi in siffatti casi prescrivere a dose più alta dell'ordinario, giacché è indispensabile raggiungere la calma ad ogni costo; i rivulsivi sul torace saranno del pari adoperati con vantaggio e nel caso di forte affanno si ripeta spesso l'ascoltazione per prescrivere il salasso, ai primi segni di congestione polmonare.

La bronchite cronica va curata con le solite norme e qualche indicazione speciale vien data solo dal sopraggiungere dell'asma bronchiale. Quivi gli accessi sono più gravi e più lunghi, specialmente negli ultimi mesi per l'elevazione del diaframma e quindi la cura dev'essere molto energica (oppio, morfina, cloralo, lauroceraso, quebracho, piridina, ecc.)

C. Polmonite. La polmonite ha richiamato di tutti i tempi l'attenzione degli ostetrici, sia per la gravezza che acquista a causa della gravidanza, che per la sua influenza su questa.

Oggi che è noto come a determinare la polmonite ci voglia quel dato agente specifico (pneumococco) più le condizioni favorevoli dell'organismo al suo sviluppo, si comprende come possa incontrarsi in tutto il corso della gestazione. Essa è tanto più grave per quanto la gravidanza è più avanzata ed il pericolo principalmente dipende da che il ventricolo sinistro non basta a mantenere il circolo, onde la stasi nelle vene della grande circolazione.

La polmonite nelle gravide occupa più spesso il lato destro. Il suo fenomeno predominante è l'affanno, il quale dipende oltre che dalle cagioni ordinarie del processo morboso, dalle condizioni del diaframma e dalla modificata composizione del sangue.

La polmonite sarà leggiera o grave, a seconda dell'estensione del processo, delle condizioni generali della donna e dell'epoca della gravidanza. Quando il processo è molto esteso, d'ordinario la gestazione è interrotta, l'infiammazione si diffonde maggiormente e la donna muore.

In questi casi il feto quasi costantemente muore innanzi di essere espulso. Non ne diremo ora le ragioni, per studiarle in ultimo in modo completo.

Quanto alla cura medica della polmonite delle gravide, bisogna farsi guidare dai soliti criteri esattamente formulati dalla moderna terapia.

Pel salasso solamente bisogna dire che, essendo più facile, a gravidanza inoltrata, l'iperemia polmonare e l'edema, bisognerà attentamente sorvegliare l'inferma e prescriverlo all'occorrenza. Infine che, considerate le condizioni del cuore ed i pericoli che da esso vengono minacciati, bisogna sorvegliarne e mantenerne le forze come meglio è possibile.

Quanto alla cura ostetrica, quella che ora specialmente c'interessa, è da dire che non tutti gli autori sono pienamente d'accordo. Bisogna equamente vagliare le condizioni del feto e quelle della madre, per decidersi definitivamente sul valore curativo dell'interruzione della gravidanza.

Che la vita del feto sia certamente perduta nei primi sei mesi della gestazione, è inutile dirlo, ma è importante a sapere che anche negli ultimi due mesi essa suole essere compromessa. Riguardo alla madre poi, l'opinione degli ostetrici non è uniforme; ma i più ritengono che l'interruzione della gravidanza riesca sfavorevole nella maggior parte dei casi.

Bisogna però distinguere al proposito l'epoca della gravidanza. Nei primi mesi l'aborto sarà certamente dannoso alla donna, giacché il vuotamento dell'utero ancora poco sviluppato la esporrà a tutti i pericoli che possono derivarne, senza che si osservasse

quel vantaggio nella circolazione polmonare che se ne aspettava. Epperò, ad onta delle opinioni al contrario, fino a questo momento non sapremmo consigliarlo.

Ma dal quinto mese in poi, quando la vita della donna fosse in pericolo, e l'asfissia la minacciasse da un momento all'altro e gli altri mezzi non avessero dato nessun vantaggio, considerata la possibilità di ridurre la stasi del polmone e la quasi certa morte del feto, si sarà autorizzati a provocare l'interruzione della gravidanza.

Bisognerà però a tal uopo servirsi di quei mezzi che raggiungono lo scopo in brevissimo tempo, che saranno in appresso dichiarati, altrimenti il vantaggio sperato diverrà affatto illusorio.

D. Pleurite. La pleurite nel corso della gestazione è assai meno grave della polmonite. Essa risente la influenza dello stato speciale della donna solamente quando la gravidanza è molto inoltrata, giacchè allora l'affanno sarà molto più considerevole. In due casi riferiti dalla letteratura, nei quali ebbe luogo l'interruzione della gravidanza per pleurite doppia, la donna rapidamente migliorò.

I segni rilevati saranno quelli ordinari della malattia, come pure si farà la cura solita (rivulsivi, diuretici ecc.) Nelle indicazioni stabilite in generale potrà farsi ancora la toracentesi, la quale non dovrà essere ostacolata dalla gestazione.

Solo nel caso di pleurite doppia con abbondante raccolta, gravidanza arrivata vicino al suo termine e minaccia d'imminente asfissia, si potrebbe fare il parto prematuro, ma questo, lo ripetiamo, è caso assai difficilmente osservato nella pratica.

E. Tubercolosi. Intorno all'influenza della gravidanza sulla tisi, giacchè questa non la impedisce che in casi rarissimi e quando vi sono malattie uterine, si sono portate le opinioni più diverse. È inutile occu-

parsene, giacchè ogni medico potrà riferire osservazioni di tifiche che fecero molti figli, migliorando o peggiorando, ed altre di donne, che nel corso o dopo la prima gravidanza rapidamente soccombettero.

Come regola generale è da ritenere che la gravidanza, sia pel depauperamento generale dell'organismo, sia per le modificazioni circolatorie che l'accompagnano in tutte le sue fasi, opera sfavorevolmente sulla tubercolosi. Ma nè queste considerazioni, nè la trasmissione omai certa del fatale bacillo, varrà a reprimere la smania di divenir madre. Eppure il medico, specialmente quando vi sono predisposizioni ereditarie od individuali, senza lesioni costituite, insisterà sull'osservanza delle più strette norme igieniche ed eviterà poi ad ogni costo l'allattamento.

Art. 3. — ALTERAZIONI DELL'APPARECCHIO CARDIO-VASCOLARE.

A. Malattie del cuore e dei grossi vasi—B. Malattie delle vene.

A. Malattie del cuore e dei grossi vasi. Fisiologicamente nel corso della gravidanza si avverano nella donna dei mutamenti: 1° nella quantità del sangue; 2° nella sua composizione; 3° nella condizione del cuore, che diventa transitoriamente ipertrofico. In certi casi col ripetersi di parecchie gravidanze, *date certe condizioni* affatto individuali, la ipertrofia può divenire permanente.

Ora, dato che s'avveri la gravidanza in una donna sofferente di alterazione cardiaca, è fuori dubbio che questa influirà sul corso della gestazione, diversamente a seconda della sua gravezza, come la gestazione influirà sulla malattia di cuore.

Le alterazioni provocate dalla malattia cardiaca nella donna gravida sono state in questi ultimi tempi studiate (Peter, Porak, Marty, Löhlein, Chiara ecc.) sotto il nome di *urbidist gravidocardiaci*.

La gravidanza influisce sulla malattia cardiaca preesistente: 1° riacutizzando i processi endocardici subacuti o cronici (Simpson, Ramsbootam, Hecker; Bahl ecc.); 2° esagerando il vizio cardiaco preesistente; 3° disturbando il compenso dato dalle modificazioni avverate nel miocardio; 4° accelerando le fasi regressive, dilatazione, degenerazione.

Però, sia al principio della gravidanza, sia quando l'alterazione cardiaca è poco avanzata ed anche quando si tratta di un organismo giovane e robusto, le cose possono procedere come nelle altre condizioni della vita, meno qualche leggiero disturbo transitorio e facilmente scongiurabile. I disturbi veramente gravi si hanno quando incomincia a mancare il compenso del vizio cardiaco, o quando si avvera la degenerazione del miocardio.

I disturbi gravido-cardiaci che allora si verificano sono stati dal Porak ridotti a quattro tipi:

1° Disturbi d'*innervazione cardiaca*: palpitazioni che aumentano con la gravidanza, dispnea, accessi d'oppressione talvolta passeggeri, tal'altra accompagnati da vertigine, cefalalgia, dolore precordiale, senza alterazioni rilevabili nel polmone. Cotesti disturbi si osservano d'ordinario nei movimenti fatti dalla donna; avanzandosi la gravidanza, possono avere sincopi, fino ortopnea. *Periodo iposistolico*.

2° Disturbi *nella circolazione polmonare*: congestione od edema, che aumentano col progredire della gestazione e possono essere accompagnati da emottisi, da apoplezia polmonare, da infarti, da epistassi, da ematemesi. Cotesti accidenti si ripetono, e dato che alla gravidanza si unisca qualche complicanza (bronchite, gravidanza gemellare, idramnios, ascite, tumori addominali o pelvici, rachitismo, deformità della colonna vertebrale e del bacino) possono divenire cagione d'imminente pericolo: *Periodo mesosistolico* (Rummo).

3° L'*asistolia* è quella che caratterizza il terzo e quarto tipo dei disturbi gravido-cardiaci, i quali rappresentano il *periodo iposistolico*. Esso è caratterizzato dai disturbi della grande circolazione e quindi edemi ed idropi, con le alterazioni concomitanti del fegato e dei reni.

4° L'ultimo tipo del Porak è caratterizzato dalle *embolie*, le quali daranno effetti diversi a norma della loro sede (fegato, reni, polmone, cervello).

Noi abbiamo così classificati i disturbi gravido-cardiaci, seguendo il Porak, ma è da notare che essi si confondono, si modificano, si manifestano in modo più o meno completo a seconda dei casi, e della natura della lesione cardiaca. La congestione e l'edema polmonare sono i più frequenti disturbi ad incontrare.

In generale i disturbi gravido-cardiaci non raggiungono il loro massimo dopo la prima gravidanza. Dapprima compensati e ben tollerati, essi si aggravano principalmente nel tempo del parto; ma, passato questo momento, migliorano notevolmente, accadendo, secondo l'espressione del Peter, nello stesso tempo *sgravo materno e sgravo cardiaco*.

La malattia di cuore influisce sulla gravidanza determinando:

1° *Metrorragie*, le quali possono avverarsi nelle ricorrenze mestruali; indipendentemente da queste, inducendo l'interruzione della gravidanza; nel momento del parto e dopo di esso, ligate allora all'inerzia uterina per la quale possono riuscire letali.

2° *L'interruzione della gravidanza*, la quale, secondo Casanova, si avvererebbe quasi costantemente quando la lesione cardiaca si è manifestata con altri segni: dispnea, palpazioni ecc.

La morte del feto può precedere o seguire la sua espulsione. Essa è da mettere in rapporto non solo con le congestioni o coll'apoplezia placentare, ca-

gione dell'aborto o del parto prematuro, ma ancora delle modificazioni accadute negli scambi gassosi tra madre e figlio.

Tutti gli autori convengono sulla gravezza in generale della malattia cardiaca, sia in rapporto alla madre che al figlio, e ritengono però che non tutti i vizii siano allo stesso modo gravi. Le lesioni della mitrale sono più gravi di quelle aortiche, anzi queste spesso, in grazia della forte ipertrofia cardiaca, si tollerano bene. Anzi, vi sono autori così ottimisti, come Schroeder, Spiegelberg, Macdonald, i quali ritengono che le lesioni aortiche migliorino dopo il parto.

Considerata la triste influenza spiegata scambievolmente tra le malattie cardiache e la gravidanza; si fa la solita domanda: È da permettere il matrimonio ad una giovanetta con malattia cardiaca? Domanda questa quasi inutile, giacchè d'ordinario le donne si maritano con alterazioni molto più evidenti e spesso più gravi d'un vizio cardiaco incipiente! Pure, se si fosse interrogati al proposito, si potrebbe essere un poco più larghi per le lesioni aortiche, che per quelle della mitrale; tenendo però sempre informata la famiglia del pericolo avvenire. In generale nelle malattie cardiache bisognerebbe proibire alla donna il matrimonio; se maritata, consigliarla d'evitare il concepimento; se gravida, consigliarle una vita metodica, ordinata, evitando le emozioni, lo strapazzo ed ogni cagione di disturbo della circolazione polmonare (bronchite, raffreddore ecc.); se madre, di non allattare il proprio figlio.

Cura medica. — Fino a quando il vizio cardiaco è compensato e non si osserva nessun disturbo della circolazione, la cura dev'essere esclusivamente igienica e dietetica, e di quest'ultima deve far parte principale il latte. Le indicazioni d'intervenire ora con gli eccitanti, ora con la digitale, o coi calmanti ecc.

saranno le medesime e soddisfatte allo stesso modo che in tutte le altre malattie cardiache.

È da tener presente però che nel corso della gravidanza i disturbi della circolazione polmonare possono sopraggiungere da un momento all'altro, ed all'affanno s'incomincerà dal rimediare con un mezzo semplicissimo, quale è quello dei maniluvii molto caldi, per terminare con le perle d'etere, le iniezioni di *morfina* o le inalazioni di nitrito d'amile, a norma dei diversi casi.

A proposito della cura medica, ricorderemo che il salasso nelle condizioni in parola può riuscire sommaramente utile. Se vi è aumento assoluto o relativo nella quantità del sangue della gravida, se il cuore arriva a stento a superare gli ostacoli che gli vengono opposti, il sottrarre una piccola quantità di sangue, e parecchie volte nel corso della gestazione, a misura che se ne presenta l'indicazione, non può fare che bene.

Si tenga presente che uno dei più fieri nemici del salasso, il Beau, lo commendava in casi siffatti, onde lo si può prescrivere con piena fiducia.

Cura ostetrica. — Quando la donna non presenta disturbi gravi, non bisogna fare altro che aspettare; ma se cotesti disturbi si presentino, se la vita della donna sia compromessa, si potrà limitarsi alla sola cura medica? Bisognerà allora regularsi in modo diverso a seconda che il travaglio è o non incominciato.

1° Nel caso che il travaglio fosse già iniziato, tutti gli ostetrici convengono che bisogna espletarlo al più presto possibile (forcipe, rivolgimento, estrazione, a norma dei casi) evitando però qualunque sforzo. Si è discusso al proposito se convenisse fare il parto forzato, ma vi è ancora molto a discutere al proposito, epperò noi siamo partigiani convinti che sia da bandire qualunque manovra brusca e violenta, quindi, ad intervenire, l'orifizio dovrà essere dilatato o dila-

tabile, o, per indicazioni speciali, si dovranno fare degli sbrigliamenti.

2° Non si è del pari d'accordo circa la condotta da seguire nel caso che il travaglio non fosse ancora dichiarato. Ma noi, tralasciando di riferire le diverse opinioni con le ragioni che le sostengono, proponiamo di distinguere la pratica da tenere a seconda dell'epoca della gravidanza.

Nella prima metà della gestazione, l'intervento ostetrico ci pare si dovesse quasi affatto bandire, perchè uccide il feto ed di poco migliora le condizioni circolatorie della madre, se pure non ne compromette la vita nel tempo del travaglio.

Ma non così nella seconda metà della gestazione e specialmente per quanto essa più si accosta all'epoca della vitalità del feto. L'interruzione della gravidanza può in questo secondo caso salvare la vita d'un bambino, che molto probabilmente si sarebbe estinta più tardi, e dall'altra parte, nel dubbio che la madre resiste al travaglio del parto, può assicurarle maggiori vantaggi dal vuotamento d'un utero assai voluminoso.

Se la donna muore in epoca nella quale il feto è vitale, dati i soliti criterii, non si esiterà a fare il taglio cesareo post-mortem.

Malattie delle vene.

Tra queste quelle che c'interessano sono solamente le varici.

Le varici nella gravida possono occupare A. *gli arti inferiori*, B. *gli organi genitali interni ed esterni*, C. *l'ano ed il retto*.

A. **Arti inferiori.** Sulla cagione delle varici negli arti inferiori delle gravide tutti gli autori non sono d'accordo, giacchè mentre da una parte s'invocono le solite cagioni comuni, dall'altra si dà certa impor-

tanza all'ostacolo dato dall'utero alla circolazione di ritorno.

Certe volte alle varici si aggiunge l'edema, o l'ulcera varicosa, l'eresipela, la flebite, ecc. Siffatti stati morbosi vanno curati a norma delle indicazioni chirurgiche generali.

Quando le varici sono semplici, come d'ordinario, non bisogna far nulla, giacchè sarebbe imprudenza in quell'epoca tentarne la cura: col riposo, qualche leggiera fasciatura, col tenere normale la defecazione e con simili semplici suggerimenti s'arriverà al termine della gestazione, per vedere che cosa allora resterà delle varici e che cosa bisognerà curare.

B. Organi genitali. Le varici degli organi genitali possono risiedere nella vulva e nella vagina, estendersi fino al collo dell'utero ed ai ligamenti larghi e rotondi.

Le parti dove si trovano le varici si deformano, acquistano un colorito bluastrò-livido, si tumefanno e possono perfino rompersi, dando emorragia diffusa nel connettivo (ematoma, trombo), ovvero emorragia esterna che può divenire pericolosa. Siffatte emorragie possono dipendere o da traumi (cadute, colpi, grattamento, coito ecc.), ovvero da compressione della testa fetale nella sua espulsione.

Nel corso della gravidanza non bisogna fare altro che evitare le cagioni produttrici di siffatti disturbi, più osservare le norme prescritte per le varici in genere.

Nel momento del travaglio bisogna far mettere subito la donna a letto col bacino inclinato d'alto in basso e d'avanti indietro; conservare per quanto più è possibile il sacco, acciocchè la parte s'impegni a dilatazione completa; far pressioni leggiera con la mano per scacciare dolcemente il sangue dalle vene più gonfie, infine, se il travaglio procede lentamente, intervenire per espletarlo. Si parlerà a suo tempo

del trombo. Le emorragie esterne si cureranno con i mezzi ordinarii.

C. Ano e retto. Le varici dell'ano e dell'estremo inferiore del retto formano quelle emorroidi così spesso incontrate nel corso della gestazione e, forse più ancora, nel puerperio. Esse dipendono principalmente dalla costipazione nella gravidanza e dagli sforzi del parto. Sono poco serie nel corso della gravidanza, a meno che non s'infiammino, o rompano producendo grave emorragia. Il primo fatto è più facile nel puerperio e cagiona spesso fistole all'ano.

La cura principale è d'evitare la costipazione abituale e di stare molto all'impiedi; bisogna con la fascia moderatamente stretta all'epigastrio sostenere l'utero affinchè prema meno sulle vene del bacino; nel caso d'emorragia o d'inflammazione, si seguiranno le norme ordinarie.

Gli autori (Petit, Budin Sckene, Winckel e Bar) hanno parlato pure di varici del tronco, della vescica e dell'uretra nelle gravide, ma esse costituiscono delle vere rarità.

Art. 4.—MALATTIE DELLA VESCICA

A. Disturbi dell'orinazione. B. Cistite.

A. Disturbi dell'orinazione. La secrezione dell'urina nel corso della gestazione non subisce nessuna modificazione, ma non così la sua escrezione. Talvolta infatti vi ha ritenzione, tale altra infine bisogno frequente d'orinare.

Il bisogno frequente d'orinare si manifesta nei primi mesi come al termine della gestazione e dipende dalla compressione sul collo della vescica. L'incontinenza può dipendere da rigurgito della vescica sovrappiena e da indebolimento dello sfintere, onde, raccolta una certa quantità d'urina, essa vien fuori sotto

uno sforzo anche leggiero (riso, tosse, sforzi, cammino). La ritenzione dell'urina può dipendere da retroversione dell'utero (Wardell, Spencer Wells ecc.) e da posizione irregolare del feto (Playfair).

Quanto al modo di ovviare a siffatti disturbi, esso deve essere notevolmente diverso a norma della cagione che opera. Quando il bisogno frequente d'orinare è il risultato di un'azione meccanica (compressione), si potrà fare ben poco. Così nei primi mesi si raccomanderà di non stare troppo all'impiedi e di evitare ogni sorta di sforzo, e verso gli ultimi mesi, specialmente se v'è un poco di prolasso, si raccomanderà l'uso della fascia ipogastrica. Quando l'incontinenza dipende da rigurgito, si svuoterà dapprima la vescica col catetere, indi si farà la solita cura locale del catarro, che non manca mai in tali casi (lavande tiepide al carbonato di soda 2 %, acido borico 1 %, acetato di piombo 1 %; acido tannico 1 %, acido fenico 1 % ecc.) e la cura tonica generale. Quando essa dipenderà da paresi dello sfintere vescicale, assieme alla cura tonica generale si raccomanderanno i semicupii freschi, specialmente di acqua marina. Della ritenzione d'orina per retroversione e posizione irregolare del feto sarà detto altrove.

B. Cistite. Vi è un'altra cagione di disturbi orinarii, che possono manifestarsi fin dalla prima settimana della gravidanza ed indipendenti dalle cagioni ordinarie dell'infiammazione vescicale. Ollivier, Terillon, Hervieux hanno riferito esempi di cistite acuta manifestata da bisogno frequente d'orinare, o da disuria, da dolori acuti e fino da ematuria e che certe volte ha provocato l'aborto. La cistite in parola sarebbe dovuta nel primo mese ai mutamenti di circolazione verificatisi nella vescica e parti circostanti, (Monod) nel secondo mese ad irritazione riflessa e compressione (Churchill), dopo il secondo mese alla compressione

fatta dalle sostanze fecali ritenute e dalla retroversione (Civiale).

Vi è infine un'altra varietà di cistite detta post-puerperale, riferita da taluni alla compressione accaduta nel travaglio del parto, da altri ai mutamenti della circolazione che allora si avverano, da altri infine alla diffusione di processi infiammatorii vicini, ma che d'ordinario è dovuta all'introduzione di batterii col cateterismo (Bumm).

La cura in tali casi dev'essere diversa. Nel principio della gravidanza i semicupii tiepidi, le irrigazioni rettali discretamente calde, qualche mucilagginoso ed alcalino internamente, qualche cataplasma di linseme all'ipogastrio saranno dei palliativi spesso utili. Nello stesso tempo si cercherà di raddrizzare l'utero se fosse spostato, di tenere la donna col bacino inclinato in modo da diminuire la compressione.

Nel puerperio bisogna essere molto cauti nel cateterismo; badando alla completa disinfezione delle parti e del catetere.

Se la cistite coesiste con la febbre puerperale, diviene una cosa secondaria, ma bisogna star molto attenti circa le irrigazioni vescicali, giacchè potrebbero introdursi in vescica quelle sostanze settiche che trovansi in vagina. Se vi sono segni evidenti d'infiammazione acuta, il ghiaccio, l'oppio, i mucilagginosi, gli astringenti (specialmente l'acido gallico a 2,3 grm. al giorno) riusciranno di sollievo. Se le alterazioni dell'orina renderanno indispensabili le irrigazioni, si adopererà una delle soluzioni di sopra indicate.

Art. 5. — ALBUMINURIA

A. Della gravidanza con preesistenti lesioni renali — B. Della gravidanza propriamente detta — C. Del travaglio.

La presenza dell'albumina nelle orine delle gravide, come bene osserva il Dumas, può presentarsi in

due forme distinte: o è in rapporto intimo con la gravidanza; ovvero ne è affatto indipendente, ma risente l'influenza di essa. Le modificazioni accadute nel sangue e nella circolazione addominale nella gravidanza predispongono in generale all'albuminuria, ma perchè questa si sviluppi deve esservi o un'alterazione del sangue, o dei reni, o una cagione accidentale, od infine l'azione meccanica dell'utero. Il travaglio del parto opera come la compressione fatta dall'utero, riesce però inefficace quando mancano le predisposizioni. Infine, una donna che già soffre albuminuria può divenire gravida. Studieremo quindi, secondo la distinzione fatta dai diversi autori, le tre diverse forme.

A. Albuminuria della gravidanza con lesioni renali preesistenti. Una donna che soffre albuminuria, senza che lo sapesse, può divenire gravida. Ebbene, l'alterazione brightica si aggrava, le lesioni renali aumentano e, come dice Bamberger, in brevissimo tempo si avverano disturbi gravissimi. È caratteristico in questo caso che la presenza dell'albumina nelle urine non cessa dopo il travaglio. Determinandosi le convulsioni eclampsiche nella donna in parola, queste presenteranno la forma uremica, come sarà rilevato dalla curva termica.

B. L'albuminuria della gravidanza propriamente detta. L'albuminuria non è una malattia rara nella gravidanza e più frequente nelle donne giovani e nelle primipare, come negli ultimi tre mesi della gravidanza più che negli altri sei. Le teoriche che ne ricercano l'etiologia sono quelle comuni dell'albuminuria: 1° Alterazione del sangue, superalbuminosi; 2° Eccesso di tensione endo-vasale (poliemia sierosa delle gravidie); 3° Malattia temporanea o permanente dei reni.

Ora sarebbe inutile riferire le ragioni addotte dai singoli autori in appoggio di ciascuna di siffatte teo-

riche, giacchè così devieremmo dal piano del lavoro propostoci. Epperò, volendo sintetizzare i rapporti tra l'albuminuria e la gravidanza, noi diremo col Cassin:

« La gravidanza crea un assieme di condizioni atte a favorire il passaggio dell' albumina nell' orina; ma le modificazioni del sangue nella sua pressione o nella sua costituzione, l'influenza della steatosi renale, non basterebbero a spiegarla, giacchè l'albuminuria dovrebbe essere frequente quanto la gravidanza. Esse affermano l'imminenza albuminurica (Dumas). Il fuoco è preparato, ci vuole una scintilla per accenderlo, ed allora, sotto la minima influenza patologica, il disturbo renale si manifesta, senza che fosse sempre l'espressione della medesima lesione. »

C. L'albuminuria del travaglio. Si è chiamata albuminuria del travaglio non solo quella che l'accompagna, ma quella che la precede di due o tre giorni. Questa forma d'ordinario è transitoria e molto più frequente della precedente, ma sempre più nelle donne giovani e nelle primipare, come pure nei casi di distocia.

Dati questi brevi cenni generali, passiamo alla parte clinica dell'albuminuria nella gravidanza.

Sintomi. — Aspetto cloro-anemico, con disturbi svariati delle funzioni digestive. Sopraggiunge indi l'edema, che dagli arti inferiori si diffonde alla faccia con i suoi caratteri speciali, agli edemi si aggiungono le idropi. Polso piccolo, duro, contratto, frequente e, nei casi gravi, quasi impercettibile. Talvolta emorragie, epistassi, ematurie. Sete viva, dolore epigastrico, costipazione alternantesi con la diarrea. Poi difficoltà del respiro, tosse, nevralgie, cefalalgia, disturbi visivi ecc. Tutti cotesti disturbi possono essere temporanei o permanenti, a seconda della cagione che sostiene l'albuminuria.

Diagnosi. — Dai segni esposti si deduce facilmente

la esistenza dell'albuminuria, ma l'esame dell'orina ne darà la certezza, mentre che indicherà il grado dell'alterazione. Nella diagnosi bisogna 1°, riconoscere l'esistenza dell'albuminuria; 2°, determinarne la cagione produttrice. Bouchard e Cassin hanno detto che quando col riscaldamento dell'orina l'albumina si coagula e si retrae ciò significa una lesione renale; mentre la mancanza di retrazione del coagulo albuminoso indicherebbe un'albuminuria transitoria: questo però non ancora è dimostrato.

Prognosi. — La prognosi dell'albuminuria nella gravidanza è sempre grave, giacchè, se è vero che essa può svanire, è vero pure che per la gravidanza può passarsi allo stato di nefrite cronica, come può sopraggiungere la morte per le sue complicate. Si comprende che il giudizio varierà con le condizioni determinanti e coadiuvanti dell'albuminuria. Tra le complicate prodotte dall'alterazione per la madre è da notare: l'eclampsia, le emorragie del puerperio, le infezioni puerperali, la mania ecc.

Anche pel feto è grave la prognosi in siffatti rincontri, sia pel danno che può ad esso derivare da talune delle cennate complicate, sia per l'interruzione della gravidanza, e la cattiva nutrizione che spesso si accompagnano alla malattia della madre.

Terapia. — La cura deve variare a seconda della cagione produttrice dell'albuminuria, in generale, ma però vi sono sempre talune norme costanti quando essa si manifesta nella gravidanza.

Diminuire o sopprimere la tendenza alle iperemie renali e ridare al sangue la sua composizione normale, ecco le due grandi indicazioni dell'albuminuria della gravidanza.

I francesi ritengono assai utile il salasso in siffatti casi e Peter afferma che l'eclampsia sia stata osservata più spesso in questi ultimi trent'anni, appunto perchè non si salassano più le gravide. Ma bando alle

esagerazioni: se in certi casi il salasso può riuscire veramente utile, bisogna guardarsi bene dal prescrivere, non solo nelle donne deboli, ma ancora nelle robuste, che abbiano presentato qualche segno d'emorragia uterina.

Si compenserà invece più utilmente con i lassativi o con quei purganti salini, i quali, mentre lasciano uscire una certa quantità di siero, non riescono soverchiamente irritanti (solfato di soda, solfo-vinato di soda, sali di Sedlitz, di Carlsbad, acque minerali purgative, media, Irace, Hunyadi-Janos).

Anche nei momenti di maggiore dispnea, bisogna evitare ogni rivulsivo sulle parti edematose, altrimenti potrebbero prodursi delle escare gangrenose. Il tannino, i diaforetici, il joduro di potassio possono servire solo da mezzi coadiuvanti.

Quanto alla ricostituzione del sangue, il ferro, la china, i tonici, il succo di carne, il vino generoso ecc. saranno sperimentati, assieme alla dimora in campagna, e propriamente in siti asciutti ed elevati. Ma sopra ogni cosa è da mettere la cura lattea, preconizzata dal Tarnier e sperimentata utile e resa esclusiva da moltissimi altri ostetrici. S'incomincerà da un litro e s'arriverà fino a 3 e 4 litri di latte al giorno, secondo la tolleranza; si sono visti edemi considerevoli scomparire a questo modo ed anche le convulsioni, che facevano fare tristi previsioni per l'avvenire.

Infine, quanto all'intervento ostetrico, nei casi in cui non siasi ottenuto lo scopo con la cura lattea, non si è ancora d'accordo. Il Tarnier, che lo mise in discussione, ha determinato delle indicazioni speciali, che noi però non riferiremo, essendo con altri ostetrici di contraria opinione.

L'interruzione artificiale della gravidanza nell'albuminuria per noi è da rigettare: 1.° Perchè o l'albuminuria è leggiera, ed allora essa è inutile; ovvero

essa è grave, e l'interruzione della gravidanza non ha il tempo di essere utile. 2.° Perchè l'albuminuria grave è in rapporto sempre con lesioni renali e queste non cessano col cessare della gravidanza. 3.° Perchè il travaglio favorisce l'albuminuria e l'eclampsia, ed esso è più lungo e stentato quando prematuro o abortivo. 4.° Perchè dopo il parto seguita l'albuminuria e spesso nel puerperio si è manifestata l'eclampsia.

Se però si rigetta l'intervento nel corso della gravidanza, non è lo stesso quando il travaglio è in atto. Succeduta la dilatazione, si espleterà il parto al più presto possibile, col forcipe, o la versione, a seconda delle indicazioni speciali. Del resto nelle donne albuminuriche, meno distocia, il travaglio si espleta più presto del solito.

MALATTIE NERVOSE.

Art. 6. — DISTURBI DELL'INTELLIGENZA

A. Alienazione mentale. — B. Mania. — C. Disturbi diversi.

I disturbi intellettuali nelle gravide sono di due specie, come bene osserva il Marcè. O si limitano a semplici modificazioni di carattere, ovvero costituiscono una vera alienazione mentale. I primi si osservano tutti i giorni e non c'interessano.

Possono manifestarsi 1°, col principio della gravidanza, accompagnarla fino ad una certa epoca, o pure 2°, avverarsi nel travaglio del parto, o 3°, nel puerperio ed infine 4°, nell'allattamento.

A. **Alienazione mentale.** — Le forme di follia più comuni nella gravidanza sono la *melancolia*, indi la *mania*. Qualche volta i disturbi incominciano con le modificazioni del carattere, indi gradatamente si avanzano; altra volta si avverano rapidamente. Rag-

giungono d'ordinario il loro massimo dal 7° all' 8° mese. Le manifestazioni di siffatti disturbi possono essere diversissime e non presentano nessuna importanza speciale.

In taluni casi l'alterazione intellettuale cessa di tutto, in altri aumenta nel momento del travaglio ed in precedenza non può darsi nessun giudizio sull'avvenire.

Quanto ai rapporti tra l'alienazione mentale e la gravidanza, bisogna dire che quella non influisce su questa, ma non così questa su quella. Il caso è diverso però se la donna era già alienata prima di divenire incinta o viceversa. Qualche volta l'alienazione mentale si è temporaneamente sospesa o mitigata (Barrows), ma non per questo si consiglierà il matrimonio ad un'alienata.

Quanto al prodotto del concepimento, bisogna pure distinguere l'epoca dell'alienazione mentale della madre, la quale alienazione se preesisteva, dato che il feto nascesse vivo, sarà un tristo retaggio; mentre poi esso può esserne immune, nel caso che l'alterazione mentale fosse sopraggiunta ed in rapporto con la gestazione.

In ogni modo il parto prematuro e l'aborto sono da rigettare, anche quando l'alienazione mentale fosse sopraggiunta con la gravidanza e tutto sarà limitato alla buona igiene.

B. Mania. — Raramente nel travaglio ordinario, più spesso nel caso di *distocia*, di *ostacoli al parto* o di *operazioni ostetriche penose*, si osserva una vera mania; la quale può pure coincidere con l'espulsione del feto o della placenta. Quantunque presenti una forma grave al principio, nella maggior parte dei casi essa dura pochi giorni.

In tali casi fin dal principio della soverchia eccitazione è bene adoperare il cloroformio nel tempo del travaglio, indi si espleterà il parto al più presto.

C. Disturbi diversi. — Certe volte i disturbi dell'intelligenza più svariati si manifestano nel puerperio o durante l'allattamento. Qui sarebbe inutile dare criterii generali, giacchè in ogni caso bisogna studiare i fatti speciali ed adattarvi la cura conveniente.

Non si dimenticherà però di indagare la parte nella quale ha potuto influire il travaglio del parto, o le perdite e l'indebolimento dell'organismo avvertosi nel puerperio o nell'allattamento. Tutti i rimedi tonici con l'igiene corrispondente si commenderanno in tali casi, come pure si sospenderà l'allattamento per rilevare la parte da esso spiegata.

Art. 7. — ALTERAZIONI NERVOSE DIVERSE.

A. Nevralgie — B. Vertigini, lipotimie — C. Paralisi — D. Emiplegie — E. Paraplegie — F. Paralisi traumatiche — G. Disturbi nervosi diversi.

A. Nevralgie. Le nevralgie sono comunissime nella gravidanza, anzi spesso ne divengono un segno. La più comune è la nevralgia dentaria, ma può colpire le branche nervose più diverse. Qualche volta resistono a tutti i rimedi e non terminano che a data epoca della gravidanza, ovvero assieme con essa.

Il chinino, specialmente valerianato, le iniezioni ipodermiche di morfina, il cloralio o la paraldeide la sera, tutti i calmanti infine potranno essere successivamente sperimentati.

B. Vertigini, lipotimie. Le vertigini, i capogiri, le lipotimie e talvolta anche le sincopi, senza nessuna alterazione organica, possono incontrarsi nella donna gravida. Talvolta ritornano in epoche od ore determinate, specialmente al mattino e dopo il pasto. Spesso sono accompagnate da fenomeni isteriformi:

oppressione, dolore epigastrico, costrizione alla gola, convulsioni.

Nel caso di sincope, si metta la donna nel decubito dorsale con la testa bassa. In generale con i tonici e gli antispasmodici si vincono cotesti disturbi di leggiera importanza.

C. Paralisi.—Le paralisi possono manifestarsi nel corso della gravidanza, come nel puerperio, onde la qualifica generica di puerperali.

Esse possono essere assai svariate, ma presentano però tre forme spiccate e più frequenti: 1° l'*emiplegia*, 2° la *paraplegia*, e 3° la forma detta *traumatica*. consecutiva al travaglio laborioso, vi sia o no stato intervento con gli strumenti.

1° L'*emiplegia* è la più frequente delle paralisi puerperali. Non ci estenderemo molto sulla sua genesi, bastandoci accennare come essa sia stata riferita a diverse *lesioni cerebrali*, *alle alterate condizioni del sangue* (albuminuria, anemia, Stork, Romberg, Simpson ecc.) od all'*azione riflessa sul midollo*. (Whyt Prochaska, Lever, Pellegrini, Stokes ecc.)

Sintomi.—Incomincia gradatamente o di botto; è completa o incompleta, piglia metà del corpo e della faccia, interessa il movimento e la sensibilità. Si comprende che tutti i disturbi sono in proporzione della cagione che l'ha determinata. Insomma i caratteri dell'*emiplegia* sono i soliti, la gravidanza od il puerperio v'influiscono pel corso e per l'esito. Spesso cresce con la gravidanza e col parto, per scomparire col puerperio. Si determina nel travaglio d'ordinario quando v'è eclampsia; nel puerperio più spesso quando esso è morbosissimo.

La prognosi e la cura variano con la cagione dell'*emiplegia*. Essa influisce ben poco sul corso della gravidanza e del travaglio.

2° Le *paraplegie* sono meno frequenti dell'*emiplegia*. Nella loro etiologia figurano cagioni svariatissi-

me, tra le quali citeremo *l'azione riflessa* ed i *traumi*. Anche queste possono svilupparsi nella gravidanza e nel puerperio.

Sintomi. — I sintomi delle paraplegie puerperali sono gli ordinarii. Esse possono essere complete ed incomplete, interessando in pari tempo il movimento e la sensibilità, o rimanendo limitate a punti isolati, ad una funzione sola. Possono scomparire col termine della gravidanza, aumentare con questa, od anche ripetersi in parecchie gravidanze.

La *diagnosi* è poggiata sopra i soliti segni della paraplegia; diremo solo i segni di quella giudicata da cagione riflessa. In questa mancano i dolori lombari e spinali, incomincia d'ordinario l'indebolimento da un arto, indi s'estende; vi sono perturbamenti strani della sensibilità, mancano i disturbi della vescica e del retto; d'ordinario non durano molto.

Se le paraplegie non influiscono sulla gravidanza, non è lo stesso sul travaglio. Queste nelle forme leggere rendono il parto più spedito, per la diminuita sensazione dolorosa; lo ritardano poi notevolmente nell'ultimo periodo, quando sono interessati i muscoli dell'addome.

La cura medica è la solita delle paraplegie, e diversa a norma dalla sua cagione determinante.

L'ostetrico poi, assistendo al travaglio, dovrà tener presente le due possibilità innanzi cennate, opponendosi al travaglio troppo rapido; facendo l'estrazione del feto nell'altro.

3° Le paralisi dette *traumatiche* hanno per l'ostetrico uno speciale interesse, perchè, dopo molte opposizioni, sono state oramai messe fuori dubbio.

Difatti nel travaglio si trova: 1° Una potenza attiva (contrazione uterina); 2° Un mezzo di compressione (la testa fetale); 3° Una superficie di resistenza (il bacino materno); 4° Infine degli organi esposti alla compressione. Questi ultimi sono: testa del feto, ba-

cino, muscoli perineali, vasi ipogastrici, vescica, retto, nervi, specialmente lombo-sacrale, crurale, otturatore, plesso sacrale, grande sciatico, che merita speciale considerazione.

Date siffatte predisposizioni, le cagioni determinanti delle paralisi in parola sono: la *lunghezza del travaglio*, il *volume esagerato del feto*, le *posizioni posteriori*, i *vizii pelvici*, la *resistenza del perineo*, la *primiparità*, il *forcipe*, la *leva* non adoperata opportunamente.

Sintomi. — Sono sempre consecutive al travaglio, ma talvolta precedute da sintomi, quali i dolori lungo lo sciatico nel momento del parto, ovvero il formicolio, i crampi, che in certi casi sono così forti da ostacolare il travaglio.

La paralisi si manifesta 24 a 48 ore dopo il travaglio; vi sono disturbi del senso e del moto, che possono oscillare in limiti estesissimi. Il retto e la vescica restano sempre inalterati, infine, e questo è carattere distintivo, sotto l'eccitazione elettrica, la contrattilità muscolare è indebolita.

D'ordinario siffatte paralisi sono transitorie, ma talvolta sono durate persino degli anni ed hanno quindi indotta l'atrofia di uno, o di entrambi gli arti.

La *cura* dovrà essere preventiva, nel senso d'impedire che la testa resti troppo a lungo impegnata nel bacino; nel non ostinarsi a vincere con la forza sproporzioni considerevoli tra il bacino e la parte presentata; nell'adoperare gli strumenti secondo tutte le regole dettate dalla scienza, tenendo sempre innanzi che le difficoltà in ostetricia si vincono modificando il procedimento, non adoperando la forza. La cura medica è la solita delle paralisi: elettricità, bagni, docce, tonici ecc. ecc.

D. Disturbi nervosi diversi. — Si sono infine rilevati dei disturbi parziali del movimento e più spesso della sensibilità, come ancora alterazioni dei nervi

specifici. Comunque si presentino siffatti disturbi, essi vanno sempre compresi nelle categorie di sopra indicate.

Solamente è importante a dire come le alterazioni dei nervi specifici, osservate d'ordinario nel puerperio, sono nella maggior parte dei casi transitorie, perchè dovute all'anemia dipendente da emorragie profuse o febbri puerperali più o meno gravi. Si cerchi però sempre l'esistenza dell'albumina nelle urine, sia per poterne rilevare l'influenza, sia anche per istituire una cura razionale ed efficace.

COREA

La corea può incontrarsi così nella gravidanza che nel puerperio, ma più di frequente nella prima. Appare verso il principio della gestazione, persiste fino al tempo del parto o raramente dopo di esso.

Tra le cagioni si è messo: la primiparità, l'età da 20 a 25 anni, la costituzione ora debole ed ora troppo robusta, l'eredità, la precedenza della malattia, le emozioni morali, il reumatismo.

Sintomi. — Sono diversi secondo che la corea si è manifestata lentamente od in un tratto. Nel primo caso incominciano per grado i movimenti incoordinati, con la cefalalgia (Kiwisch, Scanzoni), e l'eccitamento di tutte le funzioni psichiche. Nella manifestazione rapida del male, con i movimenti incoordinati, vi è delirio, insonnio, ecc. Le forme cliniche comunemente riscontrate nella corea si avvereranno egualmente nella gravidanza, onde noi ce ne passeremo.

Corso Esiti. — Quello che c'interessa è che l'influenza della corea sulla gravidanza è delle più notevoli; la gravidanza spesso è interrotta e tanto più facilmente, per quanto la malattia più si è manifestata al principio di essa.

La cagione della morte del feto, secondo Mosler e

Barnes, più che dalla corea, dipenderebbe dalle sue complicate (ulcerazioni intestinali, malattia cardiaca, albuminuria, malattie cerebrali, eclampsia (Fehling).

Cura. - La cura dev'essere igienica principalmente. Si mette l'inferma nelle condizioni migliori di salute e di nutrizione possibile, evitando principalmente ogni emozione. Si adopereranno poi i narcotici, i bromuri, la paraldeide e specialmente il cloralio. Spiegelberg, nei casi gravi, commenda il parto prematuro ed anche l'aborto artificiale; Sée crede affatto controindicato l'intervento ostetrico. Al presente non si possono dare criterii recisi, epperò bisognerà regolarsi con prudenza nei singoli casi.

Art. 8. — DOLORI DIVERSI

A. Addominali -- B. Lombari — C. Inguinali — D. Uterini —
E. Mammarii — F. Degli arti inferiori.

A. Dolori addominali. — In certi casi, vuoi per la soverchia resistenza delle pareti addominali, che per l'eccessivo sviluppo dell'utero, la distensione delle pareti del ventre non solo è dolorosa, ma portata al punto da produrre lacerazioni ed ecchimosi. Spesso i dolori sono più forti nel punto d'inserzione dei muscoli e delle aponevrosi; quando si sentono alla base del petto, possono indurre in errore intorno alla cagione che li determina.

Mezzi palliativi sono il tenere il ventre obbediente con vittitazione adatta e coi clisteri; il mangiare poco per volta e cibi che non facciano molto volume.

Si faranno poi delle frizioni con delle sostanze grasse e calmanti (pomata di belladonna, olio di mandorle e cloroformio (10-1 ecc.). Quando si teme la formazione di qualche ernia, si consiglia una fascia a corpo adattata.

B. Dolori lombari. — I dolori ai reni si risentono

molto frequentemente nel corso della gravidanza e più forti nel tempo corrispondente a quello della mestruazione. Bisogna tenerli d'occhio nei primi mesi della gravidanza, perchè difficili a distinguere da quelli che precedono l'aborto. Nell'ultimo mese sono talvolta così forti che rassomigliano a quelli del parto. Questi ultimi spesso dipendono dal modo speciale della gravida di stare all'impiedi, spostando indietro il centro di gravità del corpo; si calmano col riposo.

Il riposo, qualche bagno, il piccolo clistere con 15 a 20 gocce di laudano, qualche cataplasma caldo di linseme sul ventre, ecco i piccoli compensi da consigliare.

C. Dolori inguinali. — I dolori inguinali possono dipendere dallo stiramento dei ligamenti rotondi, da eccessiva distensione delle pareti del ventre ed anche dalla pressione che l'utero gravido esercita sulla parte anteriore dello stretto superiore.

Il riposo orizzontale, una fascia a corpo, delle strofinazioni con pomata di belladonna, sono i mezzi che possono riuscire utili in questi casi.

D. Dolori uterini. — Certe volte, nel corso della gravidanza ed a periodi più o meno lontani le donne avvertono dolori nel ventre, i quali evidentemente dipendono dall'utero. Questi dolori ora occupano un punto limitato ed ora la totalità dell'utero, d'ordinario continui nel primo caso ed intermittenti nell'altro e seguiti da indurimento dell'organo: facendo il riscontro, si vede che il collo non si modifica (*dolori falsi*).

La sensibilità uterina può essere esagerata per i movimenti continui e bruschi del feto ed allora possono rilevarsi fatti generali, come insonnio, contrazioni spasmodiche ed anche vere convulsioni.

Se il dolore è limitato, il cataplasma caldo, con una ventina di gocce di laudano, i panni di lana caldi riescono efficaci; ma se esso è più forte ed esteso, ci vuole il riposo assoluto, indi si faranno le irrigazioni rettali

d'acqua calda, il clistere laudanizzato, il bagno tiepido ecc. Se il dolore è in rapporto con i movimenti del feto, resiste a tutti i mezzi.

E. Dolori mammarii. — I mutamenti che si avverano nelle mammelle al principio della gravidanza sono talvolta accompagnati da un senso di tensione dolorosissimo, anzi talvolta si avvera proprio un processo infiammatorio, che può passare alla suppurazione.

Vi si rimedia con i cataplasmi tiepidi, la dieta tenue senza vino nè caffè, ed i leggieri derivativi sull'intestino (acqua di Janos, ecc.).

F. Dolori degli arti inferiori. — Infine i crampi delle estremità inferiori, così negli ultimi tempi della gravidanza, come durante il travaglio del parto, fanno molto soffrire la donna. Nel secondo caso si estendono talvolta anche ai muscoli del ventre. Dipendono in parte dalla pressione dell'utero sui nervi lombosacrali, in parte dall'irritazione dell'utero o degli intestini costipati che si riflette sui nervi degli arti inferiori.

Nella gravidanza vi si rimedia col decubito dorsale, con le frizioni sull'arto; nel parto, conservando le posizioni più comode per la donna e ripetendo le frizioni.

Art. 9. — ECLAMPSIA

È questo uno dei capitoli più importanti e più ancora discutibili e, secondo noi, ancora oscuro della patologia della gravidanza. Ci limiteremo ad accennare il tutto per sommi capi, per non uscire dai limiti propostici.

L'*eclampsia* si è compresa sotto i nomi di *convulsioni puerperali*, *epilessia acuta*, *spasmi renali*, *epilessia renale*, *convulsioni uremiche*, *uremia cerebrale a corso acuto*, *encefalopatia uremica*, *encefalopatia albuminurica*, *distocia epilettica*, *distocia convulsiva*.

È una malattia acuta delle gravide o delle puerpere, distinta da convulsioni tonico-cloniche prima dei muscoli volontari ed indi di quelli vegetativi, accompagnata da perdita delle facoltà intellettuali e sensoriali.

L'eclampsia è più frequente nel travaglio che durante la gravidanza od il puerperio, e più in quest'ultimo che in quella. Spesso precedono due o tre attacchi eclampsici, indi s'inizia il travaglio. Nella gravidanza è rara prima del sesto mese.

Cagioni. — Sull'etiologia dell'eclampsia vi sono grandi questioni: i più identificano l'albuminuria con l'eclampsia, tanto è frequente la coincidenza delle due malattie.

Noi siamo però persuasi che se in taluni casi le convulsioni venute in seguito dell'albuminuria sono la manifestazione dell'avvelenamento uremico del sangue, vi sono molti altri casi in cui questo non accade e dei quali non è ancora chiarita la patogenesi.

Tra le cagioni predisponenti si sono poste: 1° l'illegittimità della gravidanza; 2° l'epidemia (Mawsell, Wieger?); 3° l'età giovane; 4° la primiparità; 5° la distensione esagerata dell'utero; 6° la lunghezza del travaglio.

Quanto alle cagioni determinanti, il Bailly le ha così classificate:

- 1.° Alterazione materiale dei centri nervosi e loro involuppi;
- 2.° Congestione cerebro-spinale;
- 3.° Nevrosi per irritazione riflessa del sistema spinale, punto di partenza l'utero;
- 4.° Anemia generale o cerebrale;
- 5.° Avvelenamento del sangue per mancata escrezione di certi principii (uremia, ammoniemia, urinemia ecc.).

Per Scanzoni l'eclampsia può manifestarsi: 1° come *convulsione riflessa*, derivante dall'estremità periferica dei nervi sensitivi uterini irritati; 2° come

convulsione spinale, derivante dall'irritazione diretta della midolla spinale; 3° come *convulsione cerebrale*, partendo l'irritazione dal cervello alla midolla. Cohen, Cullen, Vogel, Sydhenam, Tyler-Smith, Fleetwood, Churchill, Kussmaul, Tenner, Rostock, Gregory, Frerichs, Braun, Lelesky, Winckel e moltissimi altri hanno emesso le più svariate ipotesi e combattute le altrui opinioni circa l'etiologia dell'eclampsia, ma a noi basterà aver accennato le principali, occupandoci a preferenza della parte pratica.

Sintomi. — L'eclampsia può incominciare bruscamente, come l'accesso epilettico, ovvero può essere preceduta da sintomi, quali: *cefalalgia, disturbi della vista, dolore epigastrico, dispnea, vomiti, insonnio, vertigini, smanie*. Tra questi segni, però, quelli che precedono più o meno dappresso l'attacco eclamptico sono: il *dolore epigastrico*, i *disturbi visivi*, la *dispnea*. I prodromi, secondo Wieger, esisterebbero in 40 % dei casi nell'eclampsia della gravidanza, 30 % in quella del travaglio; 20 % in quella del puerperio.

L'accesso non ha fisionomia costante, può essere accompagnato da agitazione violenta, o da movimenti discreti. Nell'accesso si distinguono tre periodi:

- 1.° Periodo d'invasione;
- 2.° Periodo di convulsioni toniche;
- 3.° Periodo di convulsioni cloniche.

Nel primo periodo, nell'immobilità generale, incominciano le contrazioni spasmodiche dei muscoli della faccia, delle palpebre. La pupilla diviene immobile ed insensibile. La bocca d'ordinario è contratta e contorta dal lato sinistro, dove è rivolta la faccia e la testa.

Nel secondo periodo si osserva l'opistotono, gli arti superiori estesi sono nella forzata pronazione, i pugni stretti. Il diaframma ed i muscoli toracici contratti allo stesso modo sospendono la respirazione e la faccia è livida, tumefatta, come nell'asfissia. La

lingua sporge in fuori, le mascelle si aprono e chiudono fortemente, onde la lacerano e dalla bocca vien fuori una schiuma sanguinolenta. Contraendosi fortemente i muscoli del laringe, del faringe e della gola, la respirazione, nel ristabilirsi, è stertorosa. Vi è perdita della coscienza e della sensibilità. Talvolta al principio v'è solo agitazione. Dopo 15 a 20 secondi incomincia il *terzo periodo*.

In questo si hanno scosse convulsive diffuse a tutto il corpo, ma che cominciano sempre dalla faccia e che talvolta sono violentissime. Il movimento delle mascelle aumenta, la lingua è fenduta e gonfia, la respirazione è irregolare, rumorosa, interrotta. In questo momento aumentano le congestioni cutanee e viscerali, la faccia quindi diviene livida, bluastra, più gonfia; le congiuntive sono iniettate ed ecchimotiche. Per le contrazioni dei muscoli addominali si hanno le evacuazioni intestinali (Lachapelle, Tyler Smith); quelle dell'urina sono più rare per la sua scarsità; può esservi anche vomito.

Tale periodo dura da 1 a 2 minuti raramente di più.

Il polso fin dal principio è piccolo e frequentissimo. Quando l'accesso è per terminare, alla cessazione dei segni esposti si unisce la traspirazione della pelle più o meno abbondante; l'intelligenza e la sensibilità non ritornano così presto, anche quando si è avuto un solo accesso. Ma d'ordinario questi si ripetono ad intervalli più o meno vicini, a norma della gravezza del caso, ed in ogni accesso si rinnovano sempre i medesimi fenomeni. Nei casi gravi la morte non tarda a sopraggiungere, negli altri poi dopo 24 a 36 ore incominciano a ritornare le funzioni al normale.

Corso, durata, esiti. — Il corso della malattia è acuto, dopo poche ore si può quasi sempre dire quale sarà la sorte della povera donna. L'eclampsia può terminarsi con la guarigione, la morte o lo sviluppo di una malattia consecutiva. Quando deve aversi la

guarigione, dapprima ricomparisce l'orina, poi diminuisce in essa l'albumina quando esisteva, indi si mitigano gli altri disturbi.

La morte di regola si avvera nel periodo comatoso; ma può sopraggiungere per le complicanze polmonari: *edema, congestione, apoplessia*; o per paralisi cerebrali dipendenti da *disturbi circolatorii*, o da *versamenti sierosi, od emorragici*.

Le complicanze consecutive sono: 1° Le febbri puerperali (Braun, Litzmann, Krassnig, Dohrn, ecc.); 2° La meningite (Cazeaux, Pelissier), 3° L'aggravamento della malattia di Bright, se preesisteva (Hoffmeier, Möricke), 4° La paralisi, 5° La mania.

Anatomia patologica. — Le lesioni riscontrate all'autopsia delle morti di eclampsia sono talmente numerose e svariate che si potrebbe domandare se realmente esista un'anatomia patologica di questa malattia. Si trovano infatti lesioni ora nel cervello, ora nel midollo spinale, ora nei polmoni, ora nei reni, ma nessuna di essa è caratteristica. Le lesioni renali nemmeno sono costanti, onde opinioni così diverse nei varii autori. Nell'ultimo Congresso di chirurgia tenuto a Berlino sotto la presidenza di Virchow, questi richiamò l'attenzione principalmente sulla degenerazione grassa del fegato e di altri organi, senza però spiegarne la patogenesi ed il nesso etiologico con l'eclampsia. Spesso però non si trovano altre alterazioni che congestioni e transudamenti nei diversi organi. Quando esiste alterazione renale si trova lo stato del rene corrispondente al grado ed al periodo della lesione.

Diagnosi. — La diagnosi dell'eclampsia non è sempre facile, specialmente nel periodo comatoso. Essa potrebbe confondersi, come osserva il Braun, con la epilessia, con le convulsioni isteriche, con le convulsioni prodotte dall'apoplessia, dalla meningite, dalla tubercolosi miliare, dall'anemia, dal tifo od anche

con le convulsioni determinate da taluni veleni animali o vegetali ed anche con la corea e col deliquio delle gravide, ma, facendo attenzione a tutti i sintomi concomitanti ed analizzando bene i fatti si sfuggirà ogni errore. Ecco i criterii differenziali:

1° Nella *eclampsia colemica* esiste atrofia gialla-acuta del fegato, tifoide, piemia.

2° Nell'*isterismo* si hanno le convulsioni nel travaglio stentato. Manca l'albuminuria. Manca la perdita della coscienza, il coma. La convulsione termina con emissione abbondante d'urina chiara e limpida e la gravidanza procede oltre.

3° Nell'*epilessia* le convulsioni sono abituali, croniche, sono precedute dall'aura epilettica. Manca la albuminuria. Nell'attacco persiste la sensibilità riflessa con la perdita della coscienza. Spesso, passato l'attacco, l'intelligenza ritorna.

Quando la donna trovasi nel coma bisogna distinguere lo :

A. Dal coma epilettico, assai difficile a distinguere; criterio probabile, mancanza dell'albuminuria.

B. Dall'emorragia cerebrale, accompagnata da emiplegia, mancante d'albuminuria.

C. Dal coma alcoolico, riconoscibile dall'odore dell'alito, dalla natura delle sostanze vomitate.

Depaul ha detto che nell'avvelenamento saturnino potevansi avere convulsioni, nella gravidanza, analoghe alle eclampsiche. I criterii distintivi si ricavano dalla conoscenza della occupazione dell'inferma, e dal colorito speciale dei denti.

La termometria riuscirà di grande aiuto nella diagnosi.

Nell'*eclampsia* la temperatura si eleva gradatamente nell'accesso e continua ad elevarsi sin dopo la morte a 43°. Nell'*uremia* essa si abbassa fino a 32°, a 28°, 1. Nell'*epilessia*, durante l'accesso, la temperatura s'eleva fino a 38°, 6, subito dopo s'abbassa, meno nella

forma che termina colla meningite. Nell'*isterismo* la temperatura si eleva di poco durante l'accesso. Nei *tumori cerebrali* la temperatura non si sposta. Nel principio dell'*emorragia* e della *congestione cerebrale*, la temperatura non si sposta, o si abbassa. Nella *commozione cerebrale* la temperatura s'abbassa.

Prognosi. — Nell'eclampsia è sempre grave. Il numero degli accessi, e l'elevazione della temperatura in sotto o al di là dei 40° sono i due principali criterii dai quali ricavasi lo stato di gravezza.

Quando l'eclampsia sopraggiunge nella gravidanza e nel travaglio la vita del feto è in pericolo, sia per i disturbi dell'ematosi, che per le modificazioni del sangue. Talvolta nei bambini nati vivi si manifestano le convulsioni eclampsiche.

Terapia. — Questa va distinta in *A, preventiva* e *B, curativa*; la seconda poi si suddivide in *c, medica* e *d, ostetrica*.

A. Coloro che considerano l'albuminuria non solo come legata, ma come cagione determinante dell'eclampsia, applicano come preventiva la cura dell'albuminuria, la quale in realtà deve esser sempre fatta, salvo a determinarne il valore profilattico. (*Riscontrisi il formulario di Rummo a proposito delle nefriti*).

Quando vi esiste albuminuria, possono adoperarsi i bagni caldi a 32°, 34° durante il travaglio, le inalazioni di cloroformio, o meglio i clisteri di cloralio (4 grm. in 300 d'emulsione gommosa ripetuti per tre volte).

Dopo il travaglio, si badi alla possibilità dell'emorragia; quando è possibile, si espleti il secondamento; si rigetti assolutamente il salasso commendato dal Bailly.

Come massima generale e costante, assistendo una donna albuminurica, conoscendo la facilità dei processi puerperali in esse, bisogna spingere fino allo scrupolo l'osservanza delle norme antisettiche.

B. Ma se l'eclampsia si è sviluppata nel corso della gravidanza, nel travaglio, ovvero nel puerperio, che cosa bisognerà fare? Ecco le due cure, la medica e quella ostetrica.

Prima d'occuparci della cura medica, bisogna esporre talune pratiche da seguire.

La donna deve restare nel decubito dorsale, durante e dopo l'accesso; la camera dev'essere aerata; bisogna slacciare tutte le vesti. Si dovrà subito andare ad osservare la vescica e, nel caso d'accumulo d'urina, fare il cateterismo. Bisogna opporsi ai movimenti dell'inferma, per quanto è possibile, evitando ogni tocco inutile. Con tutte le regole e la maggiore possibile delicatezza si cercherà di salvare la vita del feto. Si tenga presente che sotto l'accesso spesso s'avanza rapidamente il travaglio e la donna si sgrava, ma non per questo si ripeta spesso il riscontro, come consiglia lo Charpentier. Si provveda inoltre fin dal principio a che la lingua si mantenga nella bocca e che questa sia divaricata da un cono di legno, da un manico di cucchiaino, da involti di tela, posti tra le mascelle ad evitare le lesioni della lingua. Si riuscirà spesso senz'altro, riducendo dal principio la lingua nella bocca e mantenendovela con un fazzoletto, durante l'accesso.

Tutti i rimedi prescritti nella cura dell'eclampsia si possono riferire a due metodi: *antiflogistico* ed *anestetico*.

a. Col primo metodo, innanzi tutto, secondo Traube, Rosenstein, Hamilton ecc. bisogna incominciare da un generoso salasso. Ma, a prescindere dalle giuste osservazioni in contrario fatte dal Braun, dal Kiwisch, dallo Schwartz ecc., ad una donna idroemica ed albuminurica non si dovrebbe avere il coraggio di togliere sangue. Epperò solo quando non esistano siffatti disturbi generali, la donna sia robusta, la faccia mostri i segni della congestione ed il

polso sia forte e pieno si può praticare un discreto salasso, o meglio il sanguisugio dietro i processi mastoidei o alle pinne nasali.

b. Dati i fatti congestivi nei centri nervosi, viene spontanea l'indicazione dei rivulsivi sull'intestino, quindi si prescriverà il calomelano, o la gialappa internamente (30 a 40 centigm.) e si faranno i clisteri con l'infuso di senna, o il solfato di soda, il sale, ecc.

c. Legroux, Lever, Johnson hanno commentato i vomitorii, ma noi non ne comprendiamo l'indicazione razionale.

d. I rivulsivi, le ventose (Janod), le aspersioni d'acqua fredda (Denman), l'etere, la valeriana, l'assaefetida sono assolutamente, a nostro parere, da evitare, giacchè essi aumentano l'eccitabilità riflessa che trovavasi di già esagerata, come nel tetano, tanto da ricominciare gli accessi al minimo stimolo.

L'oppio, raccomandato dal Brummerstädt alla dose di 12 a 18 centigm. in poche ore, è da evitare per la sua nota azione sui centri nervosi.

Quando vi sono i segni evidenti della congestione nella faccia, si applicherà la vescica di ghiaccio sulla testa. Potendo ingerire, si daranno all'inferma 3 a 4 grm. di bromuro di sodio, sciolti in 120 grm. d'acqua in due o tre bibite.

Massmann, Fehling, Prochownick, Pasquali, Schramm hannosperimentato con buon successo in certi casi le iniezioni ipodermiche di pilocarpina. La dose da essi iniettata è stata di 0,02 centigm. in 1 grm. d'acqua distillata per volta, ed hanno ripetuto fino a 13 iniezioni in 8 giorni. Si noti però che le iniezioni di pilocarpina sono state adoperate assieme agli altri rimedi.

Col metodo anestesico si fa assegnamento specialmente sull'etere, sul cloroformio, sull'idrato di cloralo.

L'anestesia con l'etere o, meglio ancora, col cloro-

formio, allo scopo d'impedire gli accessi convulsivi e quindi i disturbi circolatorii con le stasi e gli edemi che li seguono, è assai discussa e discutibile. Certamente, quando tale pratica fosse incominciata per tempo, con buone condizioni generali e specialmente del cuore, se ne potrà aspettare bene; ma si tenga sempre presente il pericolo che può seguire da un momento all'altro. Quando sotto l'accesso vi è minaccia imminente d'asfissia ed il polso si sente appena, ci vuole un coraggio non comune per indicare la cloroformizzazione.

Alexander, Mackintosh, Stearley, Testut, Pelissier e moltissimi altri hanno in questi ultimi anni lodato grandemente il cloralio, dimostrando con le statistiche i suoi buoni effetti.

Il cloralio può somministrarsi per iniezione ipodermica od intravenosa, per la bocca e pel retto. Le prime due vie vanno escluse perchè pericolose, la terza del pari perchè l'eclampsica d'ordinario rigetta qualunque cosa ingerisce, onde non resta che la via del retto.

Si farà una soluzione di 4 grm. di cloralio in 100 di emulsione gommosa o di latte e s'introdurrà a poco a poco con un sol clistere. Se esso sarà espulso, si ripeterà la pratica un'altra ed anche altre due volte. Dopo sei ad 8 ore si farà lo stesso, fino a consumare da 12 fino a 20 (Delaunay) grm. di cloralio nelle 24 ore.

Cura ostetrica. — Quando il travaglio è avviato, l'orifizio è dilatato e dilatabile, tutti gli ostetrici convengono che bisogna espletare il parto al più presto, con l'estrazione, il rivolgimento, il forcipe, a norma dei casi, ma sempre senza violenza. Anzi Depaul voleva che, a travaglio iniziato, anche non essendo dilatato e dilatabile il collo, si espletasse artificialmente il parto facendo gli sbrigliamenti di questo.

Pareri assai diversi poi trovansi sul procedimento da seguire quando l'eclampsia si è manifestata nel

corso della gravidanza. Kiwisch, Holst, Wiegner, Litzmann, Thomas, Schilinger, Braun sono pel vuotamento dell'utero anche a travaglio non cominciato e come punto di partenza della cura; mentre Tarnier, Busch, Bailly accettano l'intervento quando la cura medica è riuscita inefficace; Dubois, Pajot, Blot, Depaul lo rigettano addirittura.

Noi pensiamo che si potrà essere più recisi quando si sarà fatta maggior luce sulla natura dell'eclampsia, giacchè, se in certi casi essa è l'espressione dell'alterazione del sangue consecutiva all'albuminuria, in altri essa esprime qualche cosa che non ancora è stata determinata.

Per ora noi pensiamo che in genere si debba a travaglio non iniziato rigettare l'intervento. 1° Perchè, quando vi è evidente albuminuria, l'eclampsia è un effetto; 2° Perchè spesso continuano le convulsioni nel puerperio; 3° Perchè l'eclampsia ha corso rapido; 4° Perchè ogni stimolo non fa che aumentare l'eccitabilità riflessa già tanto esaltata.

Solamente nel caso che, verso il termine della gravidanza, in donna albuminurica, si vedesse vicino ad estinguersi la vita della madre, e quella del feto seriamente compromessa, come si rileva dall'ascoltazione principalmente, si potrebbe forse intervenire, anche a travaglio non incominciato, nell'esclusivo interesse del feto; sempre dopo sperimentati gli altri rimedi.

Art. 10. — MALATTIE INFETTIVE.

A. Colera. — B. Malaria. — C. Vaiuolo. — D. Scarlattina. — E. Morbillo. — F. Erisipela. — G. Tifoide. — H. Itterizia. — I. Sifilide.

A. COLERA.

Non vi era nessun concetto determinato nella scienza circa l'influenza scambievolmente spiegata tra il cole-

ra e la gravidanza. Fu il Bouchut, che pel primo, nel 1849, dimostrò come la gravidanza non influisse in nessun modo sullo sviluppo del colera, mentre che questo influisce sul corso della gravidanza.

Oggi, che, dopo i lavori del Koch e di altri osservatori, si è conosciuto il germe patogeno, ed in parte i suoi mezzi di trasmissione e le condizioni dell'organismo favorevoli al suo sviluppo, può risolversi più giustamente la questione. L'epidemia poi, che ha fatta tanta strage nella nostra Napoli nel 1884, ci ha dato l'agio di formarci dei convincimenti al proposito.

Epoca di manifestazione.—Predisposizione.—Dalle statistiche di Dietl ed Hennig risulta che le donne sono più predisposte a contrarre il colera nella seconda metà della gestazione.

Ma circa siffatta questione della predisposizione ci sono ancora assai incognite nella scienza. Oggi è noto che per svilupparsi quei tali germi nell'organismo, come nel suolo, fa mestieri un terreno favorevole, pel quale certo influisce il modo di vivere e specialmente d'alimentarsi, la mancanza di nettezza, la cattiva aria respirata, l'eccessiva stanchezza del corpo, nonché la poca resistenza individuale, vuoi per le meschine condizioni generali, che per un'alterazione qualsiasi delle vie digerenti, la quale, può essere pure provocata, oltre che dalle cagioni enumerate, dai bruschi e sensibili perturbamenti atmosferici.

Ora in tutte coteste cagioni la gravidanza può entrare solamente pel possibile deperimento generale e per i disturbi delle vie digerenti, i quali in certi casi sono seri davvero e ligati ad alterazioni anatomiche, che possono benissimo costituire la porta d'entrata del virus.

Corso.—Anche nella donna gravida, come in fuori della gravidanza, possonsi distinguere nel corso del colera quattro periodi:

1° Un periodo d'incubazione, manifestato dalla diarrea premonitrice, di durata assai variabile;

2° Diarrea, vomito, crampi, cianosi, difficoltà della respirazione, anuria, albuminuria, *eclampsia*. (Hennig);

3° Algidismo con asfissia, collasso;

4° Periodo di reazione.

Influenza del colera sulla gravidanza. — In parecchi casi si sono osservate emorragie dalle vie genitali, attribuite dallo Slavjansky a speciale endometrite della caduca, con grande inspessimento di essa e focolai emorragici disseminati in vari punti. In qualche caso nel corso della malattia si è svolta la parametrite suppurata apertasi spontaneamente in vagina, come pure la peritonite rapidamente letale.

A seconda poi della diversa gravezza e forma clinica presa dal morbo, si osserveranno effetti diversi. Così in qualche caso di vomito infrenabile, sotto gli sforzi si è avuto scollamento della placenta, seguito da emorragia e contrazione uterina, la quale, se la malattia ha dato tempo, si è terminata con l'espulsione del prodotto del concepimento. Assieme con i crampi degli altri muscoli, si avvera talvolta quello dell'utero, onde lo si vede duro e permanentemente e con dolore contratto. Nel periodo asfittico, come la madre, muore il figlio per mancanza d'ossigeno.

In certi casi d'infezione leggiera però, col miglioramento generale, cessa qualunque disturbo da parte dell'utero ed anche dopo mediocre emorragia dai genitali, abbiamo veduto la gravidanza proseguire il suo corso.

La morte del feto può dunque avverarsi: per inspessimento del sangue, per l'asfissia cagionata sia dalla cennata condizione del sangue, sia dall'interrotta circolazione utero-placentare provocata dalla permanente contrazione uterina.

Influenza del colera sul parto e sul secondamento. — Lo Slavjansky aveva già detto come l'emorragia non si avverasse d'ordinario nel travaglio,

e noi possiamo affermare altrettanto dalle nostre osservazioni. Forse l'ordinaria preceduta morte del feto e le modificazioni del circolo utero-placentare possono darci ragione del fatto. Drasche ha veduto due volte l'eclampsia. Circa il puerperio, quando si ci arriva, pare che il colera non v'influisca gran fatto. Scanzoni crede sia più frequente la febbre puerperale, ma ciò è in massima parte dovuto alla mancanza delle precauzioni antisettiche.

Questo però nelle forme non gravissime della malattia, giacchè in esse muore prima il figlio ed indi la madre, innanzi che avesse il tempo di espellere il suo portato.

Circa l'influenza dell'interruzione della gravidanza sul corso della malattia, non si è ancora d'accordo, giacchè Bouchut ed Hennig la credono favorevole, ma non così Cazeaux, Babinsky ed altri. Essa però a noi è sembrata solamente favorevole quando in una forma d'infezione di mediocre intensità, spontaneamente si è determinata l'espulsione di un feto già morto e senza emorragia e solo in questo caso, crediamo, sia lecito favorire gli sforzi della natura.

Cura. — Sarebbe qui affatto inutile ripetere tutte le norme igieniche, dietetiche e farmaceutiche commendate in tempo d'epidemia, o adoperate quando la malattia si è sviluppata. È quanto trovasi nei comuni trattati di medicina, che bisognerà applicare egualmente nella donna gravida o puerpera. L'aborto, od il parto prematuro, indicato da qualche autore, è affatto da rigettare, e bisogna seguire gl'impulsi naturali nei limiti di sopra cennati.

B. MALARIA.

Antichi osservatori, come Jacquemier, Schurigius, Hoffmann, Russel, Aubinais, Frank, Joubert ecc. hanno riferito casi di febbri malariche in donne gravide,

trasmesse ai loro portati. Siffatta trasmissione è stata da essi rilevata, sia dalle modificazioni verificatesi nel contenuto dell'utero sotto la febbre, sia dalla febbre con lo stesso tipo presentata dai neonati, che dalle alterazioni della milza riscontrate nell'autopsia di questi. Negli ultimi anni si è meglio studiata la questione ed il Chiara, il Cuzzi, il Mangiagalli ed il Negri se ne sono in Italia specialmente occupati.

Oggi si nega l'idea del Grenser d'un possibile rapporto causale tra la gravidanza e l'infezione malarica e col Griesinger, Credé, Busch ecc. si ritiene che le gravide, come le puerpere, ne siano in certo modo garentite come infezione acuta. Nel corso della gravidanza le forme larvate, con poco o niente febbre e spesso con persistenti nevralgie di una delle branche del trigemino, come hanno dichiarato Böher, Kristeller e Meyer, sono le più comuni. È messo fuori dubbio poi che nel puerperio, vuoi pel trauma del parto, vuoi per le modificate condizioni della circolazione addominale, e quindi più facile versamento nella circolazione delle sostanze pirogene contenute nella milza, nelle forme croniche, si riaccende la febbre. È dimostrato ancora che nel corso della gravidanza la febbre più spesso si mostri continua che intermittente, con brividi di freddo di tanto in tanto.

Breve, se la donna era in preda all'infezione quando divenne incinta, allora nel corso della gestazione si osserveranno di tanto in tanto quelle forme larvate e spesso nel puerperio si riaccende la febbre. Se la donna contrae l'infezione nel corso della gravidanza, si osserverà il solito quadro clinico, in rapporto col grado dell'infezione e resistenza dell'organismo.

L'interruzione della gravidanza può essere o non preceduta dalla morte del feto. Questa nell'accesso suole succedere ordinariamente per l'elevazione termica della madre che, come diremo in ultimo, opera allo stesso modo in tutte le malattie febbrili acute.

Nei casi di malaria cronica poi il feto è nato cachettico e con i segni evidenti della malattia.

Circa il parto, nelle donne con malaria cronica, si è rilevata la debolezza delle contrazioni, quindi la lunga durata della dilatazione, il bisogno quasi costante d'intervenire per favorire l'espulsione del feto.

Cura.—La malaria va curata nella donna gravida come in tutti gli altri periodi della vita. Non vi spenderemmo parola, se non bisognasse dire qualche cosa circa l'uso della chinina.

Nella malaria cronica, nelle forme larvate, o prosopalgiche, o addirittura con cachessia, si farà la solita cura tonico-ricostituente, aggiungendo piccole quantità di chinina all'arsenico, al ferro. ecc. meno l'idroterapia, che non deve prescriversi nel corso della gravidanza.

Ma dopo gli studi del Monteverdi sulle proprietà ocitociche della chinina, si domanda: è permesso di somministrare alte dosi di chinina negli accessi di febbre malarica, senza che ne soffrisse la gravidanza? Innanzi tutto non è dimostrato che la chinina possa eccitare la contrazione uterina, sembrando piuttosto che essa valga a rinforzarla, quando già è in atto. In secondo luogo, i perturbamenti della circolazione durante i brividi di freddo, il vomito ostinato, l'alta temperatura e tutti gli altri disturbi, che possono accompagnare un accesso di febbre malarica, tengono azione perturbatrice sulla gravidanza certamente più pericolosa di quella della chinina. Epperò col Cazeaux, col Meyer, col Lewis, col Warren e con moltissimi altri, noi diremo che bisogna in siffatti casi somministrare la chinina secondo le norme ordinarie, giacchè essa per le sue proprietà anti-malariche, non solo non provocherà l'interruzione della gravidanza, ma, combattendone la cagione, potrà per via indiretta evitare tale triste accidente.

Assistendo poi nel parto una donna in preda alla

malaria cronica, si tengano innanzi le cose dette di sopra per intervenire a tempo opportuno.

C. VAIUOLO.

Le febbri esantematiche acquistano una gravezza speciale nel corso della gravidanza e particolarmente poi il vaiuolo. L'aborto od il parto prematuro si avverano spessissimo, secondo Gariel, perchè si eccitano i dolori e l'emorragia, secondo Chaigneau e Jobard, perchè esso è effetto delle suppurazioni; secondo Playfair, per l'endometrite acuta che si determina; secondo altri infine, per l'alta temperatura.

Bisogna distinguere però 1° la varicella; 2° il vaiuolo discreto; 3° quello grave e confluyente.

1° Nella varicella d'ordinario non si avvera l'interruzione della gravidanza; hanno luogo disturbi transitorii manifestati dai movimenti disordinati del feto, ma poi tutto passa.

2° Nel vaiuolo a forma discreta, succede l'aborto in quasi la metà dei casi, ma la guarigione della madre è di regola.

3° Nel vaiuolo nero, a forma confluyente, la morte del feto e della madre si avvera quasi costantemente.

L'interruzione della gravidanza talvolta succede poco tempo prima dell'eruzione, quando la temperatura è più alta; tal'altra volta succede nel tempo della suppurazione delle pustole. Il feto può nascere morto o vivo e con le pustole cutanee analoghe a quelle della madre.

In generale si ritiene che il pericolo dell'aborto sia tanto maggiore per quanto più incipiente è la gravidanza; l'emorragia che accompagna l'aborto è sempre pericolosa e vi sono grandi probabilità di complicanze puerperali (setticemia), tanto più gravi in rapporto alle condizioni speciali della donna.

La prognosi dunque del vaiuolo nella gravidanza

è sempre grave, più o meno però, a norma delle diverse forme.

La terapia dev'essere più profilattica che curativa. Burchardt ha raccolto già un certo numero d'esperienze di rivaccinazione delle donne incinte, dimostrando l'innocuità ed i vantaggi di tale pratica, ma i fatti raccolti sono ancora troppo scarsi ed anche nel Congresso tenuto dalla Società italiana d'ostetricia a Roma, a proposta del Pugliatti, si convenne doversi studiare meglio la questione.

Avveratasi l'infezione, noi non possiamo fare che la cura sintomatica. È importantissima l'antipireisi fatta però solo chimicamente. Quando l'utero minaccia d'entrare in contrazione si farà, ripetendolo due o tre volte, il piccolo clistere laudanizzato, ma quando vi è emorragia ed è in corso il lavoro abortivo, non resta che seguirlo e provvedere alle complicate.

D. SCARLATTINA.

La scarlattina è rarissima nel corso della gravidanza, le osservazioni raccolte al proposito sono scarsissime e se ne cita un'epidemia sviluppata a Vienna nel 1801. Invece essa è più frequente nel puerperio.

Quando si manifesta nel corso della gestazione, ne provoca l'interruzione, proprio allo stesso modo e per le stesse ragioni che nel vaiuolo. Terminata la malattia, si faccia l'analisi dell'urina.

E. MORBILLO.

Anche il morbillo è raro nel corso della gravidanza. Secondo alcuni (Levret) sarebbe grave come le altre febbri eruttive ed indurrebbe l'interruzione della gravidanza; secondo altri (Grisolle) sarebbe in un grado minore.

Quando la gravidanza non si trova al di là del quin-

to mese, l'aborto succede verso il termine della malattia; in un periodo più avanzato della gravidanza, si è avuto il parto prematuro nel momento dell'eruzione in mezzo a sintomi gravi. Il feto è nato morto spesso con eruzione analoga, la madre è guarita.

F. ERISIPELA.

Anche l'erisipela, specialmente della faccia, si è incontrata parecchie volte nel corso della gravidanza. Essa, allo stesso modo degli altri processi infettivi, può indurre l'interruzione della gravidanza, preceduta ordinariamente dalla morte del feto.

I pericoli, così pel feto come per la madre, stanno in rapporto con la gravezza e la natura dell'infezione e con le modificazioni indotte dall'alta temperatura.

La cura è la solita dell'erisipela. (Vedi *Formula-rio* di Rummo al proposito).

FEBBRE TIFOIDE.

Taluni autori, come Grenser, Griesinger, Wollich ecc. hanno creduto che la gravidanza desse una specie d'immunità per la febbre tifoide. Questo è assolutamente esagerato, ma la tifoide è più frequente nel puerperio che nella gravidanza.

Si sono osservate tutte le forme della malattia e più nei primi mesi che in un periodo avanzato della gravidanza. Delle diverse forme, l'addominale sarebbe la più grave, e quella che, secondo Murchinson, provocherebbe fatalmente l'interruzione della gravidanza.

La prognosi quindi è gravissima pel feto, il quale non solo muore costantemente nell'aborto, ma d'ordinario anche nel parto prematuro, sia innanzi della sua espulsione, che dopo di essa per debolezza congenita, o trasmissione della stessa malattia della ma-

dre. La cagione della morte del feto sarà detta in ultimo. La gravezza per la madre consiste nella complicità provocata dall'interruzione della gravidanza e conseguente emorragia

La cura è la solita sintomatica; bisogna però preoccuparsi sopra ogni cosa dell'abbassamento della temperatura, con i mezzi chimici però, non mai col bagno, e noi in un caso siamo riusciti a questo modo ad evitare l'interruzione della gravidanza; la donna guarì ed a termine si sgravò d'un bel bambino. (Vedi *Riforma Medica* a proposito dell'antipirina, 1886).

ITTERIZIA

Nelle donne gravide, come in ogni altro individuo, l'itterizia può presentarsi sotto la forma sporadica e quella epidemica, sotto la forma benigna e sotto quella grave, influendo in un modo diverso sul corso della gravidanza e sul prodotto del concepimento.

Ma vi è un'itterizia in rapporto con la gravidanza? Tarnier l'ammette e la ritiene prodotta dall'esagerata funzione del fegato, dimostrata dalla sua infiltrazione grassa nel corso della gestazione.

Certamente bisogna distinguere diverse varietà di itterizia nella gravidanza; da quella prodotta da diffusione del catarro gastrico alle vie biliari e successivo assorbimento della bile, a quella infettiva (che si produce in vicinanza dei siti paludosi e dopo che si è smosso il letto dei fiumi, che decorre epidemica) a quella prodotta dall'atrofia giallo-acuta del fegato.

La seconda varietà d'itterizia, quella che decorre epidemica, è stata meglio studiata circa la sua influenza sul corso della gravidanza, o meglio, merita di richiamare principalmente l'attenzione dell'ostetrico.

Da una statistica del Mennier (1871-72), sopra 68 casi si trovano 42 tra aborti e parti prematuri. L'in-

terruzione della gravidanza ha avuto luogo d'ordinario dal 3° al 5° giorno della malattia, la quale in seguito si è aggravata.

I caratteri dell'ittero grave sono notissimi: colori to giallo intenso, urine giallo-scure contenenti bile, o prodotti di decomposizione (leucina, tirosina ed anche albumina). Inoltre emorragie multiple, gastro-intestinali, cutanee ecc.; fatti nervosi, specialmente abbattimento e coma, interrotto da scosse convulsive. Inoltre può esservi o non febbre, catarro gastrico acuto, nausea e vomito, costipazione, cefalalgia, disturbi della vista ecc. ecc.

Il polso nell'itterizia benigna resta al di sotto del normale, nella maligna oscilla tra 80 e 120 pulsazioni e ciò varie volte nella giornata.

L'itterizia grave si termina in generale, nella donna gravida, con la morte in 5 o 6 giorni; talvolta manca quasi il tempo d'abortire. L'itterizia che si manifesta nel puerperio sarà considerata quale sintoma dell'avvelenamento settico del sangue.

In generale per l'itterizia che si manifesta nel corso della gravidanza non dipendente da catarro delle vie biliari, bisogna fare sempre una prognosi riservata.

La cura dev'essere esclusivamente medica e sintomatica. Per calmare i dolori epatici, sanguisughe all'ano, ventose, piccole dosi d'ipecacuana; per la costipazione i purganti salini; pel vomito il ghiaccio, le bevande acidulate, l'acqua di Seltz, di Vichy, di Vals, ecc. Lavoix consiglia come cura preventiva, in tempo d'epidemia, l'uso dell'alcoolato d'aconito e della chinina. Ma certamente il mezzo migliore è di sottrarsi all'influenza malefica.

SIFILIDE.

È oramai messa fuori dubbio l'influenza scambievole tra la gravidanza e la sifilide. Questa influenza

però sarà assai diversa a norma dell'epoca della sifilide. Possono darsi diversi casi:

1.° Il padre è sifilitico ma non presenta più manifestazioni; la madre resta immune ed il contagio è trasmesso direttamente al feto;

2.° La donna ha la sifilide, con o senza manifestazioni in atto, quando diviene incinta;

3.° La donna diviene sifilitica nel momento stesso che diviene incinta;

4.° La donna acquista la sifilide nel corso della gravidanza.

1.° Che la sifilide, quando non vi sono più manifestazioni e d'ordinario di vecchia data possa essere trasmessa dal padre al feto, oggi più non si mette in dubbio. La madre resta immune perchè manca la lesione locale atta a trasmettere l'infezione, ma il feto è sifilitico, perchè il germe fecondante ha portata la sua influenza specifica. È questo il caso nel quale una donna robusta e spesso senza cagione apprezzabile abortisce parecchie volte; nel dubbio dell'esistenza della sifilide le si fa praticare una cura antisifilitica, ma nulla si guadagna perchè la detta cura dovrebbe si fare dal marito.

2.° La donna sifilitica che diviene incinta ha grande predisposizione ad abortire. Però in questo caso: *a*) il feto può nascere a termine ed in buona salute (eccezione), *b*) può nascere sano e presentare manifestazioni sifilitiche nei primi tre mesi (molto frequente), *c*) può dalla nascita presentare lesioni sifilitiche alle quali soccombe (regola) o che supera con cure appropriate (eccezione), *d*) infine può nascere senza lesioni specifiche apparenti, ma perire per la debolezza congenita.

3.° Quando la donna diviene in pari tempo incinta e sifilitica, l'aborto è la regola, ma con la cura antisifilitica può ottenersi il parto prematuro ed anche a termine ed il feto sano (eccezione) o con manifestazioni diverse (regola).

4° Infine quando la donna contrae la sifilide dopo la prima metà della gravidanza, non si avvera l'aborto, ma il parto prematuro ed a termine, il feto può nascere sano (ordinario), con tracce di sifilide (eccezione); ovvero nascere sano in apparenza e nei primi due o tre mesi della vita estrauterina presentare manifestazioni sifilitiche.

La sifilide, se merita sempre di richiamare l'attenzione del medico, non mai la reclama tanto quanto nella gravidanza. Sono spesso due esistenze che possono salvarsi, o per lo meno una certamente compromessa, quella del feto, mentre che si conserva o si recupera la salute della madre. È ciò senza dire come molte volte il fare arrivare a termine la gravidanza e l'ottenere un figlio possa essere questione morale e materiale di non lieve momento.

Si comprende che in tutti siffatti casi bisognerà fare la cura antisifilitica, ma però in modo affatto diverso.

Abbiamo ora in cura una donna, che ha abortito sei volte di feti morti, perchè il marito è sifilitico. Ella non ha mai avuto manifestazioni specifiche, ma da robusto, nutrito e sano aspetto, ora è smunta, pallida, sparuta e con una cronica endometrite che non s'arriva a guarire. Chi mai a cotesta disgraziata potrebbe prescrivere il mercurio? Ella deve fare la cura jodica e tonico-ricostituente, il marito, solamente il marito quella mista.

Quando la donna poi è sifilitica, la cura mercuriale nella gravidanza, mista o non col joduro di sodio o di potassio, non si discute. Sia che la sifilide l'avesse prima, sia che l'abbia acquistata nel momento in cui è divenuta incinta, ella dovrà fare la cura antisifilitica. Però, se la sifilide preesisteva alla gravidanza e quindi è di data non troppo recente, è bene fare la cura mista con le frizioni di pomata napoletana (da 25 centigm. a 2 grm. al giorno). e col joduro di sodio

internamente (da 25 centigm. ad $1\frac{1}{2}$ grm. in 300 grm. d'acqua nel corso del giorno). Se la sifilide poi è più recente e fu acquistata nel momento della fecondazione, si faranno subito le iniezioni ipodermiche di sublimato (sublimato corrosivo centigm. 10, cloruro di sodio grm. 2; acqua distillata grm. 100 M. una siringa al giorno).

Se la donna poi è divenuta sifilitica nel corso della gravidanza, è pure la cura mercuriale con le iniezioni ipodermiche di sublimato che bisognerà fare.

Appena passato il tempo del puerperio, la donna nello stesso tempo che il marito deve fare la cura antisifilitica, varia a secondo del periodo diverso dell'infezione e continuarla per lungo tempo (da 1 a 2 anni), se si desidera risultato migliore in una gravidanza avvenire.

Art. II. — ALTERAZIONI DELLE ARTICOLAZIONI DEL BACINO.

A. Rilasciamento delle articolazioni. — B. Infiammazioni.
C. Rottura.

A. Rilasciamento delle articolazioni. — Si è molto discusso se nel corso della gestazione succedevano modificazioni sensibili nelle articolazioni del bacino e loro ligamenti. Oggi è dimostrato un certo rammollimento delle cartilagini articolari e l'anche dei legami fibrosi, e Korsch ha fatto vedere nettamente l'influenza di siffatti mutamenti sui diametri del piccolo bacino. Comunque sia però, nei limiti fisiologici, le ossa pelviche debbono restare fisse ed immobili nel corso della gravidanza e, quando sono alquanto divaricate e mobili tra loro, si trovano in condizioni morbose.

Cagioni. — La debolezza della costituzione (Monro ecc.), il rachitismo (Roederer), la sifilide (Ricord), la scrofola, l'età molto giovane o molto avanzata,

la primiparità e la multiparità, l'esercizio immoderato, i lavori pesanti, l'anchilosi del ginocchio, sono le cagioni messe innanzi. Ma spesso l'alterazione si manifesta fin dal principio della gravidanza, in donne agiate e che non presentano nessuna delle cennate disposizioni.

Sintomi. — In generale dal sesto mese incomincia il rilasciamento delle articolazioni, la facile stanchezza ed i dolori sordi negl'inguini, nelle natiche, nel pube, sono i primi segni. Dapprima si soffre solo nel cammino e nella stazione eretta, ma si arriva fino a non potersi muovere nel letto. Con i movimenti le sofferenze aumentano e le donne esprimono in vario modo la sensazione di movimento nelle ossa. Le donne camminano appoggiandosi, curvandosi in vario modo, sostenendo le reni con le mani ed arrivano poi a non poter più camminare. Col palpamento si suscita vivo dolore, si trovano le ossa divaricate e si verificano i loro movimenti.

In generale il rilasciamento delle articolazioni aumenta col progresso della gravidanza, meno quando si osserva il riposo assoluto. D'ordinario termina col travaglio del parto, ma talvolta continua in seguito per un certo tempo.

La prognosi dell'alterazione in parola in certi casi è seria per le gravi sofferenze da esse cagionate, come pure pel passaggio all'inflammazione acuta ed alla rottura delle articolazioni durante il travaglio.

Cura. — Se nella maggior parte dei casi basta il solo riposo, in altri bisogna, per quanto è possibile, immobilizzare le articolazioni. S'incomincerà dall'avvolgere una fascia intorno al bacino, ma se con questo non s'arriva, si metteranno prima degli strati d'ovatta ed indi sulla fascia si passerà il silicato di potassa, o vi si spalmerà uno strato di gesso.

Boyer ha consigliato una fascia di cuoio imbottito, come il cinto erniario, ma spesso il piccolo apparec-

chio di sopra cennato è tollerato meglio di quello proposto dal Boyer. È inutile raccomandare poi la cura tonica dopo il puerperio.

B. Infiammazioni. — Le infiammazioni delle articolazioni del bacino sono più frequenti nel puerperio, ma possibilissime nel corso della gravidanza (Hiller, Monod, Danyan, Hayn, Kiwisch).

La scrofola, il reumatismo, il trauma durante il parto e la febbre puerperale ne sarebbero le cagioni.

Sintomi. — Molte volte esisteva il rilasciamento e pochi giorni dopo il parto si manifesta l'infiammazione delle articolazioni pelviche. Brivido di freddo, febbre alta, dolore nelle articolazioni esasperato dai movimenti, e diffuso alle cosce, alle natiche ecc., ecco i segni rilevanti. Quando l'infiammazione esiste nella sinfisi pubica, vi sono disturbi dell'orinazione, disuria od incontinenza; arrossimento dei tegumenti, gonfiore, dolore alla pressione. Si arriva talvolta alla suppurazione, che, se apresi all'esterno, salva la vita della donna, ma che può aprirsi nel bacino e dare subito la morte.

Dopo la guarigione d'ordinario resta l'anchilosi dalle articolazioni.

Cura. — Bisogna ben distinguere il rilasciamento dall'infiammazione delle articolazioni pelviche, giacchè in queste non si fa la compressione. I rivulsivi, il caldo-umido, i calmanti localmente e dati internamente, assieme alle altre cure generali dirette alla cagione morbosa, saranno utilmente applicati.

C. Rottura. — La rottura delle articolazioni del bacino si avvera assai raramente e solo nel tempo del travaglio.

Duverney ed Ansiaux l'hanno osservata spontaneamente; ma d'ordinario essa è accaduta a seguito di qualche operazione. Bach però dice giustamente non avverarsi siffatta lesione senza cagioni predisponenti, quali: la debolezza dei ligamenti o delle os-

sa per scrofolosi, sifilide, osteomalacia, scorbuto ecc.

La rottura può accadere quando la testa attraversa lo stretto superiore, ovvero quello inferiore.

La rottura delle articolazioni posteriori si è avuta talvolta dopo la sinfisiotomia, pel soverchio divaricamento delle ossa iliache.

Sintomi. — Forte dolore con senso di lacerazione nella sede della lesione, durante il passaggio della testa; talvolta si ha uno scoppio sensibile per chi assiste al parto. Quando succede la lacerazione sotto le trazioni col forcipe, si ha in un tratto la sensazione d'una resistenza vinta. Il divaricamento delle ossa è considerevole nella rottura della sinfisi pubica, non così per le sincondrosi posteriori.

I movimenti aumentano i dolori, poi sopraggiunge l'infiammazione con tutti i suoi segni e gli esiti di simili processi articolari in quello stato.

Non si può parlare di cura adattabile alla lesione in parola; solamente può raccomandarsi la più stretta antisepsi immediatamente dopo il parto o nel puerperio, per aver da fare piuttosto con un'infiammazione comune, che con un'infiammazione settica. L'immobilizzare le ossa è la prima e più importante indicazione.

Art. 12. — DEVIAZIONI DELL'UTERO

A. Laterale — *B.* Anteriore — *C.* Posteriore.

L'utero può inclinarsi di lato, obliquità degli antichi autori, ed in avanti od in dietro, parzialmente od in totalità; quindi latero-versioni e latero-flessioni, antiversione ed anti-flessione, retroversione e retroflessione.

A. Deviazioni laterali. — Le obliquità laterali hanno richiamato molto l'attenzione degli antichi autori, ma esse influiscono poco sul travaglio, a me-

no che non siano eccessive, come vedremo a proposito della distocia.

B. Deviazione anteriore. — L'antiversione nei primi mesi della gravidanza costituisce l'esagerazione della posizione normale dell'utero; negli ultimi mesi forma quello che dicesi *ventre a bisaccia, ventre pendente*.

Cagioni. — Multiparità, rilasciamento delle pareti addominali, bacino troppo ampio, sventramento, rachitismo. Lohmeier, Scanzoni, Kiwisch sostengono che l'antiversione nella gravidanza sia l'esagerazione della medesima posizione dell'utero precedente ad essa e determinata da tumori addominali, idrope, ascite, aderenze peritoneali, ecc. unite al rilasciamento dei ligamenti rotondi. È possibile però che, date talune condizioni predisponenti, la deviazione possa avverarsi sotto una brusca contrazione dei muscoli addominali.

Sintomi. — La deviazione mediocre passa inosservata; quando è avanzata, produce urinazione frequente, costipazione ostinata, tenesmo, dolori lombari e sacrali.

Il tenesmo anale e la sensazione di peso nel bacino eccitano violenti contrazioni dei muscoli dell'addome, onde novelle pressioni, che esagerano la deviazione. Sopraggiunge in seguito la febbre, il vomito; la vescica ora resta vuota (Hüter), ora contiene alquanta orina in sopra del punto compresso (Kyll, Laschmann).

D'ordinario tutti cotesti disturbi cessano dal 3° al 4° mese, quando l'utero fuoriesce dalla pelvi. Ma se esso quivi resta inchiodato, come più spesso avviene per la retroversione, può correre pericolo lo svolgimento dalla gravidanza ed anche la vita della donna. In generale il pericolo è maggiore quando lo spostamento si produce bruscamente.

Cura — Tutta la cura consiste nella riduzione del-

l'organo alla giusta posizione. Con la posizione (bacino elevato dai piedi alla testa), col far eseguire dalla donna forti espirazioni, con lo spingere con due dita della mano destra dalla vagina il fondo dell'utero in dietro, ovvero, quando è necessario e possibile, con l'indice sinistro introdotto dal retto, mentre si tira nello stesso tempo e con manovra combinata il collo in avanti, si riuscirà ad ottenere la riduzione.

Una fascia ipogastrica che fissi alquanto l'utero, il riposo per alquanti giorni, la sorveglianza della regolare funzione della vescica e del retto assicureranno la guarigione.

C. Deviazione posteriore. — La retroversione dell'utero è caratterizzata dallo spostamento del suo fondo nella concavità del sacro, mentre che il collo è più o meno portato in avanti, sotto o dietro la sinfisi del pube (Solmon).

Da Baudelocque si sono distinte due forme di retroversione dell'utero: 1° lenta e progressiva; 2° brusca ed accidentale.

Cagioni.—1°. Abbassamento dell'utero fin dal principio della gravidanza e suo sviluppo iniziale a spese del fondo e della parete posteriore. Secondo taluni eccessiva distensione della vescica (Dubois, Danyau ecc.), o dell'intestino in sopra della fossa iliaca. Si è notato ancora l'eccessiva curva del sacro, la larghezza esagerata del bacino, l'inserzione placentare nel fondo e nella parete posteriore dell'utero, i fibromiomi ed i tumori ovarici, l'eccessiva larghezza della vagina, le aderenze per peritoniti pregresse, ecc. ecc

2° Nella forma brusca, oltre alle cennate cagioni pred sponenti, si è citato l'influenza di sforzi, i colpi, le cadute, le pressioni sul ventre, la spinta rapida sul collo in dietro nel caso di prolasso, infine gli sforzi violenti ed inutili per urinare (Rolland, Godefroy).

La retroversione è alterazione dei primi quattro

mesi della gravidanza, rara tra 4° e 5° mese, rarissima dopo.

Sintomi. — Se ne distinguono due gradi:

1° Fondo in contatto con la porzione sacrale superiore, collo dietro la sinfisi pubica accessibile al dito.

2° Fondo disceso nell'ascavazione del sacro, accessibile al dito dalla parete posteriore della vagina; collo dietro il pube non palpabile.

Dal terzo mese l'utero esce dal piccolo bacino; ma se il fondo incontra ostacolo nell'angolo sacro-vertebrale o nell'S iliaca ripiena di sostanze fecali, si manifestano disturbi rilevanti nelle funzioni del retto e della vescica, fino alla ritenzione d'urina. A questi si uniscono i dolori lombari, e spesso anche disturbi riflessi (vomito, nevralgie, ecc.) Nella forma brusca tutti cotesti segni si presentano rapidamente.

La ritenzione d'urina è il segno principale e molti fenomeni generali possono derivare dall'alterazione dell'urina e dalle sue conseguenze. Lo stesso dicasi per la costipazione.

Col palpamento si rileva in sotto dell'ombelico un tumore con tutti i caratteri della vescica distesa, come dimostra il cateterismo, il quale però talvolta può riuscire molto difficile.

Col riscontro vaginale si rileveranno i segni di sopra esposti; il riscontro rettale poi, facendo circoscrivere il fondo dell'utero perfettamente, farà dileguare ogni dubbio.

Talvolta, divaricando la vulva, si è veduto il tumore, ma più frequente è il gonfiore delle grandi e piccole labbra ed un cercine fatto dalla vagina abbassata.

Quando v'è inchiodamento dell'utero, i dolori si fanno violenti, v'è febbre, ritenzione d'urina ed ostruzione intestinale, vomito, singhiozzo, delirio, irregolarità del polso, prostrazione ed adinamia e, se non si interviene, sfacelo della vescica, e rottura dell'utero.

Diagnosi. — La diagnosi in questi casi in parte è *diretta* ed in parte *indiretta*, dovendosi eliminare la possibile confusione con la gravidanza extrauterina, i tumori fibrosi intra-uterini, i tumori dell'escavazione ecc.

Per maggiori particolari al proposito si riscontri la dotta memoria del Morisani.

Prognosi. — La prognosi è sempre grave e tanto maggiormente per quanto più rapido è stato l'avvenimento. Può aversi l'aborto, e la peritonite settica per gangrena della vescica o dell'utero. Qualche volta si è stabilita aderenza ed indi comunicazione tra l'utero ed il retto e da questo si è eliminato il prodotto del concepimento.

Cura. — Secondo Depaul, vi sono tre metodi:

1° Posizione della donna col bacino rialzato; vuotamento della vescica tre o quattro volte nelle 24 ore col catetere elastico; vuotamento dell'intestino con i leggieri purganti ed i clisteri.

2° Riduzione con le dita e con la mano se occorre dalla vagina e dal retto. Si può eseguire la manovra combinata con le due mani.

3° Bacchetta d'Evrat, dal retto; poi la spatola di Petit, il cucchiaino di Roederer, i pessarii, una vescica di caoutchouc introdotta vuota, indi distesa, la leva. Non riuscendo in nessun modo, bisogna provocare l'aborto.

Art. 13. — PROLASSO UTERINO

Il prolasso nel corso della gravidanza può essere *completo*, quando tutto l'utero pende tra le cosce; *incompleto*, quando esso è solamente abbassato. Lo spostamento può prodursi per gradi, o rapidamente, ovvero è la continuazione d'un prolasso precedente (Spiegelberg).

Cagioni. — Multiparità, preesistenza d'un prolas-

so, lacerazione estesa del perineo in un parto precedente, come pure la precedente subinvoluzione dell'utero (Fritsch), gli sforzi, i traumi, le contrazioni uterine, le trazioni troppo forti fatte sul feto nel travaglio, il bacino e la vulva troppo larghi, gli sforzi fatti dalla donna nel parto.

Sintomi. — Questi variano a norma del grado dello spostamento e dell'epoca della gravidanza in cui si produce. Quando il piccolo bacino è troppo ampio, l'utero vi resta più a lungo del solito, e quindi disturbi per compressione del retto e della vescica, fino alla disuria ed impossibile defecazione; senso di peso all'ano, dolori nei lombi, negli inguini, nell'ombellico. Leucorrea abbondante e fetida; impossibilità di stare all'impiedi e camminare. Infine, i disturbi vicini possono influire sull'utero e determinare l'interruzione della gravidanza.

Prognosi. — È d'ordinario favorevole, giacchè il prolasso dopo il 4° mese si riduce, e la gravidanza prosegue il suo corso. Lo stesso accade quando si è obbligati di fare e mantenere la riduzione col pessario. Quando però succede l'inchiodamento dell'utero, la prognosi è assai riservata per la madre e pel feto.

Cura. — La prima cura è di ottenere la riduzione con la giusta posizione della donna, bacino elevato di basso in alto; se non si riesce, si farà la riduzione spingendo con le mani di sotto in sopra, secondo l'asse del bacino e mantenendo la riduzione col pessario, ciò potrebbe farsi anche in un periodo inoltrato della gravidanza, otto mesi (Hüter).

Intanto, fino a che non siasi ottenuta la riduzione, è importante cavare le orine dalla vescica parecchie volte nella giornata, ciò che potrà conseguirsi o col cateterismo, o respingendo l'utero con due dita nel bacino. Si svuoterà regolarmente il retto con i clisteri, si mitigheranno gli spasmi e le irritazioni del

retto e della vagina con i bagni, le lozioni calmanti (acqua di lattuga con l'acido borico 1 %, burro di cacao e belladonna (1:10). L'ingorgo, il rossore, l'indurimento e le ulcerazioni della vagina o del collo uterino non sono controindicazioni per la riduzione e scompaiono con essa.

Se la riduzione è affatto impossibile, si adatterà un apparecchio di sostegno (fasce incrociate sulle spalle), e si eviteranno tutte le irritazioni. Manifestandosi fatti d'incarceramento, si è autorizzati a provocare l'aborto. Nel travaglio troppo lungo, s'interverrà espletando l'espulsione del feto, con la versione od il forcipe, secondo i casi, e praticando il secondamento, indi si ridurrà l'utero e si terrà la donna a letto col bacino inclinato d'avanti in dietro e dei piedi alla testa fino alla completa involuzione degli organi della generazione

Art. 14. — REUMATISMO UTERINO.

Quell'alterazione, che grossolanamente era stata dal Cazeaux e dal Gauthier definita per reumatismo uterino, venne giustamente dallo Spiegelberg e dal Braun rapportata all'endometrite, od alla infiammazione del tessuto muscolare dell'utero.

Sintomi. — Può manifestarsi nel corso della gravidanza, poco prima o nel momento del travaglio. Di ordinario precedono dolori vaghi per la persona, stanchezza, vertigini, palpitazioni, sincope, talvolta pure la febbre, indi si manifestano i dolori al sacro, all'ipogastrio, ai lati dell'addome, irradiati agli arti, alla vescica ed al retto. I movimenti fetali e le contrazioni dei muscoli addominali riescono dolorosi.

Con la pressione si rileva come l'utero, non le altre parti dell'addome, siano dolenti, anzi spesso è un punto solo dell'utero dolente. La donna avverte la sensazione di retrazione spasmodica dell'utero alla quale segue davvero dapprima l'aumento del tono, indi la reale

contrazione dell'organo, che può essere parziale e quindi provocare diversi accidenti nel momento del parto. Come complicanza. nel corso della gravidanza, possono osservarsi nevralgie penosissime, così degli organi vicino all'utero, come nei punti più lontani del corpo.

La malattia tiene ordinariamente una forma accessoriale, che si ripete ogni 2-3 giorni ed anche ad intervalli maggiori, fino 12 giorni. Gli esiti della malattia sono: la guarigione, lo stato cronico, la metrite, l'eclampsia.

A Influenza sulla gravidanza. — Quando gli accessi si sono ripetuti parecchie volte, può eccitarsi la contrazione uterina, seguita dall'espulsione del prodotto del concepimento.

Però, anche iniziato il travaglio, può tutto tornare al normale (Wigand). Molti ostetrici ritengono giustamente che le contrazioni parziali dell'utero, a questo modo provocate, non restino senza influenza sulle presentazioni viziose.

B. Influenza sul travaglio. — L'alterazione in parola influisce sul travaglio rallentandolo, sia per le contrazioni parziali ed irregolari dell'utero, sia perchè il dolore troppo forte impedisce alla donna di concorrere con lo sforzo dei muscoli addominali, sia per la possibile rigidità spasmodica del collo.

C. Influenza sul puerperio. — Per le contrazioni spasmodiche od irregolari, può avverarsi difficoltà del secondamento, emorragia da inerzia, morsi uterini troppo forti.

Le cagioni dell'alterazione in esame sono affatto sconosciute, solo può dirsi che si avvera più facilmente verso il termine della gravidanza. Da quanto si è detto di sopra può rilevarsi l'importanza della lesione in esame e la sua influenza sulla donna ed il suo portato.

Cura. — Durante la gravidanza rigettiamo assolutamente il salasso; i narcotici dati internamente, spe-

cialmente il piccolo clistere laudanizzato (20 gocce di laudano in 20 grm. d'acqua), il cloralio (2 grm. in 80 grm. d' emulsione gommosa) per clistere, i cataplasmi caldi di linseme sull'addome, il salicilato di soda internamente (2 grm. in 200 grm. d'acqua) saranno successivamente sperimentati.

Durante il travaglio si farà il clistere col cloralio (3 grm. in 100 d' emulsione gommosa), la cloroformizzazione ed appena è possibile, senza violenza, si espleterà il parto.

Nel puerperio si ripeteranno gli stessi rimedi commendati nel corso della gravidanza.

Art. 15. ALTERAZIONI DELLA VULVA E DELLA VAGINA.

A. Prurito vulvare. — B. Leucorrea. — C. Vegetazioni.

A. Prurito vulvare. — Il prurito della vulva è alterazione non molto rara della gravidanza, e che può variare in limiti molto estesi, da una sensazione semi-gradita, ad una smania da far disperare. Pel grattamento succede arrossimento, gonfiore, fenditure, ulcerazioni, che aumentano le sofferenze, le quali talvolta sono arrivate al punto da provocare convulsioni.

Per guarire siffatta alterazione, od almeno mitigarne le sofferenze, si è consigliato il riposo, i bagni alcalini, l'isolamento delle superficie infiammate con pezzuole di lino, le lozioni di acqua vegeto-minerale, o di soluzione di borace, di clorato di potassa, di acido fenico all'1, a 2 %.

Meigs consiglia di lavare le parti tre volte al giorno con l'acqua saponata ed indi con la seguente soluzione:

Borato di soda. . . .	gram.	8
Solfato di morfina . .	centigm.	30
Acqua distillata . . .	gram.	250

Charpentier consiglia di lavare con la seguente soluzione:

Bicloruro di mercurio . . . grm. 1,50

Acqua distillata 150

Cloridrato d'ammoniaca q. b. per la soluzione.

Un cucchiaino da tavola in mezzo bicchiere d'acqua, fino ad usarsi senza allungarla.

Dubois consiglia la causticazione delle superficie mucose col nitrato d'argento.

Si sperimenteranno gli astringenti ed anestesici locali passandoli a rassegna, giacchè spesso riesce quello nel quale meno si teneva fiducia. Si tenga presente il bromuro di sodio ed il tannino all'1 %. Oggi poi si può avere nella cocaina un rimedio potente contro quest' alterazione, per la quale Cazeaux ed Hardy hanno veduto l'interruzione della gravidanza. La formola per la cocaina sarà:

Cloridrato di cocaina. centigm. 50

Alcool puro grm. 1

Acido salicilico. . . . centigm. 20

Acqua distillata. . . . grm. 20

Da ripetere le pennellazioni 3 a 4 volte al giorno; oppure potrebbero farsi le iniezioni ipodermiche di cocaina: Cocaina grm. 1. Acqua distillata grm. 100 — 5 gocce 4 volte ogni 5 minuti.

B. Leucorrea. — Quasi tutte le donne hanno un poco di leucorrea nella gravidanza, ma essa in certi casi merita cure speciali. Si osserva una secrezione abbondante, giallastra, o verdastra, irritante fino a provocare nelle grandi labbra e parte interna delle cosce eritema ed ulcerazioni. Tali secrezioni sono date dalle glandole della vagina ipertrofiche, qualche volta vengono pure dal collo (vaginite granulosa di Deville).

Per riparare alle noie della leucorrea, si terranno isolate le grandi e piccole labbra con pezzuole imbevute di acqua vegeto-minerale, indi si faranno delle siringhe vaginali, introducendo però poco la cannula e spingendo leggermente, con soluzioni di carbonato di soda, acido borico, borato di soda, acido tannico, allume 1 %. Quando non si raggiunge così lo scopo, si faranno dei tamponi d'ovatta ligati con un filo e spalmati alla superficie di tannino, o glicerolato tannico, di allume e sottonitrato di bismuto a parti eguali, si introdurranno la sera in vagina, in modo da non raggiungere il collo uterino, e vi si terranno fino al mattino seguente, quando, nel levarli, si farà l'irrigazione.

C. Vegetazioni. — Le vegetazioni, considerate altra volta come espressione di natura sifilitica, s'incontrano sempre che dalla vagina per lungo tempo fuoriescono secrezioni acri ed irritanti. Esse possono presentare aspetto e dimensioni diverse, e d'ordinario occupano la mucosa della vulva, il margine delle grandi labbra, lo spazio che separa le grandi e piccole labbra; possono però pure estendersi nella vagina fino al collo dell'utero, e nel solco delle natiche fino all'ano ed alla plica delle cosce. Sono cagione di prurito, qualche volta di dolori e di una secrezione irritante e fetida.

Siffatte proliferazioni dello strato papillare del derma, ligate alle modificazioni circolatorie indotte nei genitali dalla gravidanza, quasi sempre si avvizziscono e scompaiono dopo di essa. Basterà quindi lavare le parti con una soluzione di acido borico, o di acido fenico all'1 %, o col liquore di Labarraque ed aspettare. La escisione con la legatura elastica od in altro modo sarebbe solo giustificata quando le masse, eccessivamente voluminose, potessero presentare ostacolo alla espulsione del feto.

TRAUMI NEL CORSO DELLA GRAVIDANZA

Agitata da Verneuil pel primo siffatta questione, indi da parecchi altri studiata, è stata finalmente ridotta dal Guéniot alle seguenti conclusioni:

A. Influenza dei traumi sulla gravidanza. — 1° Lo stesso agente traumatico opererà in modo diverso a norma della diversa irritabilità dell'utero.

2° Le medesime differenze si rileveranno quando il trauma interessa o non la zona genitale, è accompagnato o non da emorragia e seguito o non da infiammazione.

Così, se il trauma opera sopra una donna sana, con utero ed uovo sano, non influisce sulla gravidanza, ad eccezione:

a) Che non interessi il canale vulvo-uterino o la regione ano-perineale; la sua azione nociva in questi casi dipende più dalla durata e dalla ripetizione dell'azione traumatica, che dalla sua intensità;

b) Che all'azione traumatica non segua abbondante perdita di sangue;

c) Che al trauma non seguano complicanze (erisipela, flemmone, angio-leucite ecc.).

3° Quando la gravidanza è complicata da irritabilità anormale dell'utero, da volume esagerato dell'uovo, da albuminuria ecc. spesso segue l'interruzione del progresso della gestazione.

4° Però, essendo difficilissimo od impossibile a diagnosticare siffatte complicanze morbose, bisogna evitare, per quanto è possibile, le operazioni nella gravidanza. Si sarà anche più riservati quando l'operazione deve cadere sulla zona genitale.

B. Influenza della gravidanza nei traumi. — 1° In generale lo stato della gravidanza non influisce in nessun modo speciale sia sulla gravità del trauma, che sul processo di riparazione. Bisogna però fare le seguenti eccezioni.

a) Quando l'azione traumatica è caduta sulla zona genitale può essere modificata nel corso e nell'esito dall'esistenza della gravidanza ;

b) Lo stesso accade quando, dopo il terzo mese della gravidanza, la lesione interessa gli arti inferiori, per le modificazioni della circolazione ;

c) I casi di mancato consolidamento delle fratture per la gravidanza sono eccezionali, ma essa induce un certo ritardo nella formazione e solidità del callo.

d) Quando la gravidanza è complicata e predisposta ad essere interrotta, il trauma riuscirà molto più grave e si avranno alterazioni consecutive (emorragie, infiammazioni ecc.).²¹

2° Quando il trauma opera nel momento del parto, come nel puerperio, merita una importanza speciale: le operazioni poi sui genitali e sugli arti inferiori si faranno tre mesi almeno dopo il parto.

MALATTIE DELL'UOVO

L'uovo è fatto da un sacco composto da tre membrane proprie, caduca, corion ed amnios e da un contenuto fatto dal feto, il cordone, ed il liquido amniotico, oltre della placenta che fa parte dell'uovo, ma trovasi fuori di esso.

Ora ciascuna di coteste parti può isolatamente ammalare e siffatte lesioni studieremo negli articoli seguenti.

INFIAMMAZIONE DELLA CADUCA

A. Endometrite acuta — B. Endometrite cronica diffusa — C. Mucosa o poliposa — D. Catarrale o idrorrea.

A. Endometrite acuta. — L'infiammazione della mucosa uterina, l'endometrite, nel corso della gravi

danza, a differenza della metrite, non è molto difficile ad incontrare. Allo stato acuto è quasi sempre secondaria di processi infettivi generali (tifo, vaiuolo, ecc. ecc.)

B. Endometrite cronica diffusa. — Più frequente dell'acuta è l'endometrite cronica diffusa. Le alterazioni anatomiche che si avverano in questa forma sono assai discutibili. Succede in generale un'ipertrofia con iperplasia di tutti gli elementi della caduca; a norma poi dell'aumento del connettivo, neoformazione di elementi nuovi nello strato profondo da noi dimostrato (Meola, *Struttura degl'involucro del feto umano*, 1884) e della degenerazione più o meno rapida degli elementi della caduca, ora succede l'aborto per disturbata nutrizione dell'uovo, ora l'ispessimento delle membrane ed ora la loro aderenza specialmente della placenta alle pareti uterine.

C. Mucosa o poliposa. — La forma poliposa, sulla quale hanno insistito Virchow, Spiegelberg, Dohrn, Müller e Gusserow è più importante istologicamente che clinicamente.

Forse dopo siffatta forma, specialmente consecutiva all'aborto, si osservano quelle endometriti fungose, cagioni d'emorragie profuse e spesso assai difficili a guarire.

D. Catarrale o idrorrea. — La forma catarrale dell'endometrite cronica è clinicamente più importante. Braun, Spiegelberg e Schroeder attribuiscono ad essa l'idrorrea delle donne incinte, quantunque Stapfer distingua nell'idrorrea due forme: la traumatica e la catarrale.

L'idrorrea, o scolo di false acque, è un'alterazione piuttosto rara, ma più frequente nelle multipare e negli ultimi due mesi della gravidanza.

Il liquido fuoruscito è limpido, trasparente, sporca la biancheria per l'albumina che contiene, di colore non sempre giallastro.

Sintomi. — Dopo il sesto mese, vien fuori dalle vie naturali istantaneamente ed a varie riprese un getto di liquido trasparente ed incolore, analogo al siero dell'ascite, che dà abbondante precipitato albuminoso, al quale succede uno scolo più o meno prolungato. Tutto ciò senza *prodromi* e *contrazioni uterine*. Le membrane sono *integre, aderenti, opache*.

Però spesso la perdita è preceduta da contrazioni uterine che subito cessano. La perdita di liquido oscilla da 50 a 1000 grammi. Naegele l'ha veduta durare per 13 settimane. In alcuni casi il liquido è tinto di sangue, o preceduto da leggiera perdita di sangue. Nessun sintomo generale.

Diagnosi. — La ripetizione dello scolo, la non interruzione della gravidanza, la esistenza d'una metrite catarrale nel momento del concepimento, sono tutti criterii che appoggiano la diagnosi. È importante per la distinzione il ricordare che il liquido amniotico trascina sempre lacinie di vernix caseosa, e che dopo la sua uscita le contrazioni rinforzano.

Cura. — L'idrorrea non compromette il corso della gravidanza. Si consiglierà il riposo e si sorveglierà chi sa dovessero sopraggiungere le contrazioni.

Art. 16.—MALATTIE DELLA PLACENTA

A. Infiammazione — B. Atrofia dei villi — C. Apoplessia placentare.

Le malattie della placenta costituiscono ancora uno dei capitoli più oscuri della patologia della gravidanza.

L'anatomia patologica delle diverse lesioni non è stata espletata, nè in verità poteva esserlo, giacchè di tanto in tanto si fanno nuove osservazioni sulla struttura normale della placenta. Nè meno oscura poi è la forma clinica; noi vediamo gli effetti delle diverse

lesioni, ma non ne possiamo scoprire lo svolgimento. Quando sarà illustrato siffatto capitolo, sarà nota e completa del pari la fisio-patologia dell'aborto e di moltissime altre alterazioni sia dello sviluppo dell'uovo, che dei rapporti tra esso e la matrice.

A. Infiammazione.—Si è chiamata placentite l'infiammazione della placenta. Il processo infiammatorio si deve svolgere nella placenta come in tutti gli altri organi, interessando tutti i suoi diversi elementi. L'ipertrofia od atrofia della placenta, il suo indurimento scirroso, la maggiore o minore aderenza alle pareti uterine ecc. probabilmente non tengono ad altra cagione che a modificazioni speciali del connettivo placentare a seguito di processi infiammatori.

Intanto, i segni clinici di siffatti processi mancano affatto, il dolore, le contrazioni uterine, la febbre e tutti gli altri disturbi, non esclusa l'interruzione della gravidanza, possono essere l'espressione di processi svariati, onde nel dubbio, si farà la solita cura dei sintomi.

È noto come la placenta materna sia fatta dalla serotina e dalla mucca inter-utero-placentare, mentre che la placenta fetale è fatta dai villi del corion sviluppati ed intrecciati tra loro nel punto corrispondente alla placenta. Ora le alterazioni di cotesti villi sono state studiate come quelle della placenta già formata, confondendo però spesso processi non ancora definiti.

B. Atrofia dei villi placentari.—I villi del corion leggiero, quando si è formata la placenta, si atrofizzano, come da noi è stato dimostrato, per diminuita proliferazione epiteliale ed aumentata produzione del connettivo; mentre che nel loro interno succede la degenerazione mixomatosa del connettivo, per trombosi e scomparsa dei vasi, dove esistono, o per semplice indebolimento della nutrizione.

Ora, dato che siffatto processo regressivo si estenda anche ad una porzione dei villi che dovranno formare la placenta, questa sarà poco sviluppata e quindi pù scarsa, se pure sufficiente, la nutrizione del feto.

C. Apoplessia della placenta — L'apoplessia della placenta è lesione niente rara, tanto che molti autori hanno asserito che gl'inspessimenti fibrosi, attribuiti ad infiammazione della placenta, non sono che i residui trasformati di focolai emorragici. Il sangue vien fuori dai vasi ombelicali, e a quelli utero-placentari, dai villi componenti la placenta.

Tali focolai sono multipli, rotondi, circoscritti. Quando stanno vicino alla faccia fetale della placenta, il sangue trovasi tra la caduca ed il corion, al quale il grumo aderisce fortemente. Il tessuto placentare circostante si modifica allo stesso modo del tessuto polmonare intorno agl'infarti.

Clinicamente, se l'alterazione resta circoscritta nei limiti cennati, potrà rilevarsi solo all'esame istologico della placenta; se poi prenderà proporzioni più vaste, produrrà emorragia uterina, sulla quale ritorneremo a proposito dell'aborto.

Si descrivono nei trattati d'ostetricia moltissime altre alterazioni della placenta, o dei villi coriali, quale la ipertrofia, la sclerosi, la degenerazione calcarea o grassa, l'edema, le lesioni sifilitiche ecc. Tutte coteste svariate alterazioni sono, lo ripetiamo, ancora pochissimo note dal lato anatomo-patologico e quasi niente affatto dal clinico, onde, a norma dell'indirizzo propostoci, ce ne passeremo, occupandoci solo delle così dette

MOLE

Un tempo si chiamavano mole i prodotti più o meno alterati d'un uovo abortito, come i grumi fibrinosi cacciati nell'epoca mestruale.

Oggi si dà tale denominazione a modificazioni diverse dei villi placentali.

Dalla Boivin in poi si sono distinte comunemente quattro specie di mole: *carnosa*, *idatidea*, *mista*, *embrionale*.

Cagioni. — Ruysch, Scanzoni, Graily Hewit, trovano la cagione delle mole nella morte del feto, con successivo ed abnorme sviluppo ed alterazione dei villi coriali. Ma parecchie volte si sono incontrate le mole con feti vivi. Virchow l'attribuisce all'endometrite, per la quale i disturbi di nutrizione nei villi coriali, la trasformazione del loro connettivo in mixomatoso con l'edema, od altri disturbi successivi.

Sintomi. — Depaul richiama l'attenzione sopra i tre segni seguenti: 1° Sviluppo esagerato del ventre, non in rapporto con l'epoca della gravidanza; 2° Piccole emorragie, che si ripetono ad intervalli e sono intramezzate da perdite di liquido acquoso; 3° Espulsione di vescicole isolate, od a grappoli, segno patognomico.

La *diagnosi* è assai difficile, essa poggiasi sopra i segni cennati e la mancanza di quelli sensibili della gravidanza, quando essi dovrebbero manifestarsi.

La *prognosi* è grave per la madre a cagione delle molteplici emorragie, le quali divengono tanto più gravi per quanto si è più vicini al termine della gravidanza, ed anche al momento dell'espulsione del prodotto del concepimento. È grave del pari pel feto, giacchè esso ordinariamente muore, ovvero nasce denutrito, malsano e quindi con deboli poteri vitali.

La *cura* è quella ordinaria dell'emorragia, sulla quale ritorneremo diffusamente.

Art. 17.— MALATTIE DELL'AMNIO

A. Idropisia dell'amnios.—B. Scarsrezza del liquido amniotico.—
C. Briglie dell' amnios. — D. Alterazioni diverse del liquido amniotico.

A. Idropisia dell'amnios.—Allorquando il liquido raccolto nella cavità amniotica supera 1 chilogrammo, od 1 $\frac{1}{2}$, si dice che v'è idramnios, o idrope amniotica

È un'alterazione piuttosto frequente della gravidanza, riscontrata così nelle primipare che nelle multipare ed in tutte le condizioni di salute della donna.

Etiologia. — Per comprendere come sia oscura l'etiologia dell'idramnios, bas erà ricordare come non tutti convengono ancora sul modo di formazione del liquido amniotico. Infatti al proposito vi sono tre teorie, che si contendono la palma, le quali noi accenneremo solo:

1.° Il liquido amniotico è un prodotto d'origine materna;

2.° Il liquido amniotico è un prodotto d'origine fetale;

3.° Esso è in pari tempo prodotto dalla madre e dal feto.

L'ultima di siffatte ipotesi è quella più generalmente accettata, nello stesso tempo che si ritiene anche l'amnios possa contribuire nella produzione del liquido contenuto nella sua cavità.

L'origine dell'idrope amniotica (Meola, idramnios, *Morgagni* 1883) deve ricercarsi nelle alterazioni dei fattori che ordinariamente concorrono alla produzione di tale liquido. Nella forma lenta il processo consiste sempre nell'esagerato transudamento, consecutivo d'ordinario ad acuta infiammazione della membrana.

Comunque sia, clinicamente è accertato: 1° che l'idramnios coincide spesso con la gravidanza gemellare; 2° che le gravidanze complicate da idramnios producono spessissimo feti mostruosi; 3° che la sifilide influisce moltissimo sulla produzione di siffatta alterazione.

Sintomi. — L'idropisia dell'amnios può esistere sola o con altre raccolte di siero; può essere prodotta 1° lentamente, 2° rapidamente.

1.° Nella forma lenta s'osserva: inrossamento del ventre non corrispondente alla gravidanza, vomito, deperimento generale; sopraggiungono le contrazioni uterine, il dolore alla pressione. Le pareti uterine si assottigliano, si ha una fluttuazione estesa come nelle cisti ovariche. Avanzandosi l'alterazione, si vedrà: edema negli arti inferiori ed anche sopra-pubico, difficoltà del respiro, minaccia talvolta di sincope ed asfissia con emottisi, palpitazione, polso piccolo e debole, diminuzione della quantità dell'urina, nevralgie negli arti inferiori, insonnio, disturbi psichici ed anche talvolta eclampsia.

Intanto l'utero si abbassa, il suo collo scompare, la vagina si accorcia, il cuore fetale non si sente o debolissimo, la parte presentata è mobilissima. Infine può sopraggiungere rottura prematura del sacco ed interruzione della gravidanza, spesso seguita da emorragia per inerzia secondaria.

ESAME FISICO DELL'ADDOME

Ispezione. — Sviluppo esagerato del ventre, che è regolare, globoso, massime nel senso antero-posteriore ed all'ombellico, che non muta nelle diverse posizioni prese dalla donna. Edema sopra-pubico.

Palpamento. — Con discreta raccolta, le pareti addominali sono cedevoli e distinte dall'utero; con raccolta eccessiva l'utero non può circoscriversi. La fluttuazione e le parti fetali possono sentirsi con me-

diocre raccolta, ma non si percepiscono quando questa è estremamente eccessiva. Talvolta pare un'idrope ascite. Lo stesso vale pel ballottamento, chiaro in un periodo avanzato della gravidanza, quando vi è molto liquido, difficile ad ottenere quando il liquido è moltissimo. Col riscontro vaginale si tocca una massa resistente, tesa, che riempie tutto il fondo della vagina, oscuramente fluttuante; non si raggiunge parte fetale.

Il dolore suscitato dall'addome o dalle vie naturali e l'edema avanzato possono rendere il palpamento molto intollerato ed incerto.

Percussione. — La risuonanza è ottusa in quasi tutto l'addome, solo nella porzione bassa delle pareti laterali si riscontra il suono timpanico dell'intestino. Nei mutamenti di posizione, la percussione resta quasi immutata.

Ascoltazione. — Il battito cardiaco, si è detto, in epoca inoltrata della gravidanza, non si sente, o debolissimo.

Nella forma acuta l'aumento di volume del ventre è rapido e può accompagnarsi a gravi disturbi. L'utero reagisce più presto con le contrazioni. Vi può esser febbre; tutti gli altri sintomi di sopra esposti sono più accentuati.

L'idramnios acuto presenta difficoltà di diagnosi superiori a quelle dell'idramnios cronico, fatto tanto più importante, in quanto che bisogna sperimentare una cura rapida ed energica. La natura, per fortuna, spesso rimedia da sé a tutti i disturbi, ma bisogna assistere convenientemente la donna, se non si vogliono deplorare tristi accidenti.

Diagnosi. — Bisogna ricercare: 1° l'esistenza della gravidanza; 2° se la gravidanza è semplice o gemellare; 3° se vi sia eccessiva quantità di liquido nel sacco amniotico; 4° la cagione e la forma dell'eccessiva raccolta.

Facendosi guidare dai criteri di sopra esposti, non si durerà molta fatica a determinare la natura della malattia.

Prognosi. — La prognosi dell'idramnios nella forma lenta è più grave pel feto che per la madre; viceversa nella forma acuta. Bisogna distinguere poi nella raccolta tre gradi: 1° qualche leggiero aumento nei disturbi soliti della gravidanza e null'altro; 2° arrivata la raccolta ad un certo limite, interruzione della gravidanza; 3° sintomi gravi per la madre, pericolo per la vita del feto, possibili accidenti nel travaglio e nel puerperio, quasi costante l'intervento dell'ostetrico.

Cura. — Le discrete raccolte spesso passano inosservate, ovvero per esse possono essere più accentuati i disturbi di solito prodotti dalla gravidanza ed allora essi reclameranno le cure speciali.

Quando la raccolta è più considerevole ed è urgente d'intervenire, si esprimerà dapprima la cura medica: diuretici, lassativi, chinino, oppio, tenendovi però pochissima speranza.

Riusciti inutili i tentativi della cura medica, ecco in opera quella chirurgica. Scarpa, Camper, Desmarrais hanno portato esempi di punture dell'utero accadute accidentalmente e dopo le quali la gravidanza ha proceduto felicemente. Noi, in verità, quantunque la puntura dell'utero dalla parete addominale fosse rigettata dagli ostetrici, considerati i vantaggi conseguibili dall'antisepsi, la possibilità dell'ulteriore svolgimento della gravidanza ed i buoni effetti conseguiti in casi analoghi (cisti, vescica ecc.) crediamo non si possa condannare assolutamente a cuor leggiere.

Comunemente però la puntura va fatta dal collo uterino con le norme seguenti. Il collo dell'utero in tali casi è scomparso e l'orifizio interno aperto, ma non bisogna pungere senza nessuna precauzione per

non deplorare la caduta del cordone, la procidenza degli arti, qualche emorragia od una sincope pel rapido vuotamento. Bisogna quindi introdurre tutta la mano in vagina, spingere l'indice od uno stiletto contro le membrane procidenti e mantenere la mano in vagina, cercando di aprirla, fino a che il liquido non sia tutto uscito, giacchè così in certo modo se ne potrà moderare e dirigere la venuta all'esterno. La pratica esposta è preferibile a quella proposta dal Meissner col suo tre-quarti curvo. Per pungere le membrane si sceglierà l'intervallo delle contrazioni.

Circa il momento nel quale bisogna intervenire nulla può dirsi *a priori*, si può aver riguardo alla vitalità del feto fino a quando la vita del'a madre non sia seriamente compromessa; la gravezza quindi dei disturbi, non l'ostetrico, deve determinare il momento in cui bisogna intervenire.

Nella forma acuta dell'idramnios si terranno i medesimi criterii, d'aspettare cioè fino a quando è possibile, altrimenti non tener riguardo all'epoca della gravidanza.

Quando la raccolta liquida è considerevole, prima di procedere alla rottura del sacco, è bene far cingere all'ipogastrio della donna una fascia a corpo, come si usa nella paracentesi addominale per idrope, ad evitare il rapido abbassamento del diaframma. Se con la mano introdotta si rileva una posizione irregolare, come è facile, si espleti il parto artificialmente.

La segala cornuta o l'ergotina, il ghiaccio, il limone, l'aceto, il percloruro di ferro e la corrente elettrica indotta debbono essere sempre pronti quando s'interviene per idramnios voluminoso. La debolezza delle contrazioni, o l'inerzia e l'emorragia secondaria per deficiente retrazione dell'utero sono accidenti quasi costanti. Vi si provvederà, preventivamente o come cura, specialmente con la segala e la corrente

indotta, ripetute varie volte nei due o tre primi giorni del puerperio.

B. Scarsrezza del liquido amniotico. — La scarsrezza del liquido amniotico si fa dipendere dall'attivo assorbimento fatto dal feto nella prime settimane della gravidanza.

I suoi sintomi sono l'utero piccolo in rapporto con la gravidanza, il sentirsi distinto delle parti fetali e dei suoi movimenti.

Si ritengono quali possibili conseguenze, nelle prime settimane della gravidanza, le amputazioni spontanee e le viziose flessioni delle estremità.

C. Briglie dell'amnios. — Certe volte nella cavità amniotica si trovano cordoni ed anse, che s'estendono da un estremo all'altro e che possono avvolgersi intorno ad una regione qualunque del feto, cagionandone l'arresto di sviluppo, la mostruosità od anche il distacco dal corpo. Si comprende che avvolgendosi coteste anse intorno a talune parti del feto, ne possano cagionare la morte.

Siffatti cordoni dal Braun sono considerati come ripiegature dell'amnios; da Simpson come prodotto di dermatite fetale, da Scanzoni come essudati dell'utero penetrati nel sacco amniotico. Vi sono ancora altre opinioni al proposito, ma nulla si conosce di preciso.

D. Alterazioni diverse del liquido amniotico. — Nel liquido amniotico si son riscontrate le più diverse sostanze ingerite dalla madre: il mercurio e l'odor di canfora (Levret), l'odore forte di tabacco in una donna che di questo lavorava (Stoltz). Esso inoltre può acquistare proprietà irritanti, per le quali ha luogo una specie di macerazione della cute del feto (Naegele).

Le modificazioni poi del liquido amniotico in rapporto con la *dissoluzione*, la *mummificazione* e la *macerazione* del feto sono affatto secondarie alle alterazioni di quest'ultimo, onde meritano ben poca considerazione.

CAPO III.

Art. I. — ALTERAZIONI DEL FETO.

A. Parti molli — *B.* Membra — *C.* Ossa — *D.* Articolazioni — *E.* Pelle — *F.* Sifilide fetale — *G.* Tubercolosi — *H.* Malattie febbrili — *I.* Itterizia — *J.* Malattie infiammatorie — *K.* Idropi — *L.* Emorragie — *M.* Avvelenamenti — *N.* Cervello — *O.* Glandola tiroide — *P.* Stomaco — *Q.* Fegato — *R.* Polmone — *S.* Reni, ureteri, vescica — *T.* Utero — *U.* Testicolo — *V.* Vizi di conformazione e monstruosità.

La patologia fetale è ancora assai incompleta, ciò che dipende dalla difficoltà del suo studio. Di tali malattie poi talune appartengono alla teratologia, le quali saranno da noi in ultimo appena accennate; altre possono cagionare seri ostacoli all'espletamento del parto e vanno studiate nella distocia.

A. Parti molli. -- Le soluzioni di continuo più o meno estese sono state conseguenza di cadute della madre, o violenze esercitate sopra di essa specialmente sull'addome. Tali traumi, dei quali taluni furono sufficienti a provocare il parto innanzi tempo e la morte del feto, sono spesso accompagnati ancora da fratture fetali. Le parti molli possono essere del pari la sede di tumori di ogni natura.

Taluni di essi coincidono con l'esistenza di vizi di conformazione, es.: l'encefalocele; altri tengono ad evoluzione morbosa dei tessuti. Certi tumori sono liquidi, cistici, fatti da un involucri connettivale contenente un liquido sieroso, rossastro, albuminoso, gelatinoso ecc.; sono di diverso volume, peduncolati o sessili; risiedono sull'addome, sul pube, sul collo, su

le natiche, sulla regione del sacro o su quella dei lombi. Quanto ai tumori solidi, sono cisti grassose, tumori fibrosi di volume diverso. Dailly ha richiamato l'attenzione sopra un tumore speciale, che nasce nella parte inferiore e posteriore del tronco, del volume talvolta d'una testa di feto e che mostra la struttura delle cisti ovariche.

B. Membra. — Si è osservata la sezione completa ed ancora un solco profondo nelle parti molli. Tali lesioni debbonsi attribuire talvolta all'azione di briglie accidentali che operano più o meno profondamente sugli arti, talvolta a dei giri circolari di cordone. Ma nella ricerca delle cagioni di coteste singolari lesioni non si dimentichi che un arresto di sviluppo degli arti, una malattia locale, una mostruosità possono indurre in errore.

C. Ossa. — Si sono osservate le fratture traumatiche, le fratture spontanee, le lesioni del rachitismo. Le fratture traumatiche, come le ferite delle parti molli, si producono per traumi subiti dalla madre. Talune però sono dovute alle cattive manovre ostetriche. Le fratture spontanee sono rarissime; se ne sono però osservate di quelle che riconoscevano quale cagione le contrazioni violente dell'utero, o gli ostacoli incontrati dal feto alla sua espulsione nel momento del parto, ma si comprende che nella specie malamente vanno dette spontanee tali fratture. Le fratture veramente spontanee sono la conseguenza d'una malattia ossea. Le 113 fratture osservate in un feto solo dallo Chaussier, al principio di questo secolo, sembrano doversi rapportare al rachitismo. L'esistenza del rachitismo fetale, dopo i lavori di Chaussier, Depaul, Honel ecc., è oramai fuori dubbio. Lo Spiegelberg ha dimostrato nella rachitide del feto i medesimi periodi di rarefazione, di rammollimento e di eburneazione dell'osso; essa determina la moltiplicazione delle ossa Wormiane nel cranio, l'ossifi-

cazione incompleta delle ossa di questa cavità, la larghezza delle suture e delle fontanelle, gl'incurvamenti e le fratture spontanee.

D. Articolazioni. — Esse possono essere la sede d'anchilosi, osservate specialmente nelle grandi articolazioni e che sembrano dipendere sia da infiammazioni localizzate, sia da scrofola, sia da un arresto di sviluppo. Si sono osservate inoltre delle artriti in via d'evoluzione, la coxalgia, i tumori bianchi, le lussazioni dette spontanee; quest'ultima lesione è delle più rare e la sua etiologia è molto oscura; in un caso osservato da Chaussier la madre, arrivata al termine della gravidanza, aveva rilevato movimenti molto bruschi e molto violenti nel feto, il quale era gracile e debole ed aveva una lussazione completa dell'avambraccio sinistro.

E. Pelle. — Si è osservato il flemmone e l'ascesso nel tessuto cellulare (abbiamo veduto un flemmone sulla regione superiore del petto all'Annunziata, nella nostra sala) — la zona — una sclerosi della pelle riferita da Simpson all'ittiosi, da Hinze all'elefantiasi sifilitica. Allora il comune tegumento è duro, cartilagineo, con screpolature irregolari, che limitano delle placche dure — le ulcerazioni (Jacquemier) che possono essere il punto di partenza di aderenze tra il feto e le membrane — le pustole d'ectima — il pemfigo sifilitico — gli eritemi fugaci — esantemi di aspetto scarlattinoso e morbillosa — il vaiuolo, di cui esistono molte osservazioni.

Bourgeois ha stabilito che il vaiuolo fetale è raro prima del terzo mese e che esso è, in generale, discreto; che le pustole in contatto col liquido amniotico divengono biancastre ed appiattite, che si ulcerano quando il disco membranoso è caduto, che si cicatrizzano senza passare pel periodo di crosta e di disseccamento. Il vaiuolo fetale è cagione frequente di aborto o parto prematuro.

F. Sifilide fetale. — Essa è stata l'oggetto di numerosi lavori. Il feto sifilitico è frequentemente la cagione di un aborto od un parto prematuro. Esso è di ordinario debole, ma può presentare ancora tutti i caratteri della buona salute; può infine presentare nel momento della nascita, o poche settimane dopo il parto, delle lesioni caratteristiche, quali: i condilomi piani in vicinanza degli orificii naturali — il pemfigo sifilitico localizzato nelle palme delle mani e nelle piante dei piedi. Tarnier ha fatto osservare che questo pemfigo non è sempre costituito da bolle e che, al principio specialmente, esso è piuttosto caratterizzato da macchie rosse, poco sporgenti, di cui il punto centrale biancastro sembra prodotto dal sollevamento di lamelle epidermoidali — l'onichia — le alterazioni del timo, il parenchima di quest'organo è crivellato da focolai purulenti — le alterazioni del polmone; secondo Depaul, esse consistono in noduli duri di volume variabile e della consistenza del parenchima epatico, le alterazioni del fegato, indurimenti generali o parziali costituiti, per Gubler, da infiltrazione d'un liquido albuminoso e di elementi connettivali, negli elementi normali del fegato.

G. Tuberculosi. — Essa è stata osservata nel polmone, nel mesentere, nelle meningi: però è molto rara; le madri tubercolotiche danno frequentemente alla luce bambini deboli o nati prematuramente, ma le lesioni della tubercolosi non si sviluppano che parecchio tempo dopo la nascita.

H. Malattie febbrili. — Si sono rilevate nel neonato lesioni intestinali caratteristiche della febbre tifoide. Certe osservazioni di febbri intermittenti di differenti tipi, dalle quali sono state attaccate le madri, hanno mostrato di aver una corrispondenza con le condizioni di salute del feto, che si agitava o mutava posto nell'utero durante e dopo il parto. Taluni

feti nati da madri sofferenti d'impaludismo, si sono trovati affetti da ipertrofia della milza.

I. Itterizia. — Si è osservata l'itterizia fetale ed isolata; spesso però l'itterizia del feto coincideva con quella della madre. Si è dato il nome di cirronosi (Lobstein) ad una colorazione itterica di tutte le sierose del cervello, del midollo, del gran simpatico, del polmone, senza alterazione del fegato e senza itterizia cutanea.

J. Malattie infiammatorie. — Si è parlato del flemmone della pelle; si è osservato, inoltre, la polmonite, che, secondo Jacquemier, non andrebbe al di là del primo stadio. Le infiammazioni più conosciute sono la pleurite e la pericardite, le quali presentano d'altronde gli stessi caratteri che nell'adulto. Queste due malattie sono state osservate da Loraine e Tarnier sopra feti le cui madri erano state uccise dalla febbre puerperale, riferite alla stessa cagione infettante.

K. Idropi. — L'idrocefalia è la più frequente; poi viene l'ascite, poi l'idrotorace. L'anasarca con o senza raccolta sierosa nelle altre cavità è stato l'oggetto di diverse osservazioni. Tutte coteste malattie sono d'ordinario cagioni di non vitalità del feto, oltre che riescono cagioni di distocia. Ne ripareremo in appresso.

L. Emorragie. — Si sono trovati nei feti abortivi dei grumi più o meno voluminosi nella spessezza del cervello, senza che si sia potuto rapportare la lesione ad un trauma, o ad una malattia del tessuto dei vasi.

M. Avvelenamenti. — Non si sono rinvenute le lesioni caratteristiche dell'avvelenamento saturnino, ma in parecchie osservazioni lo stato di debolezza del feto o del neonato non lasciava nessun dubbio sull'influenza dell'occupazione della madre.

N. Cervello. — Oltre l'idrocefalia e l'encefalocelo si sono riscontrate le lesioni dell'emorragia e la presenza di encondromi.

O. Glandola tiroide. — Il gozzo durante la vita intra-uterina è stato l'oggetto di parecchie osservazioni.

P. Stomaco. — Si sono notate le ulcerazioni della mucosa.

Q. Fegato. — Si sono esposte le lesioni sifilitiche e la cirrosi (Friedeleben).

R. Polmone. — Lesioni sifilitiche e polmonite.

S. Reni, ureteri, vescica. — Le idatidi dei reni, come la distensione per accumolo d'orina in questi organi, negli ureteri e nella vescica.

T. Utero. — L'ipertrofia e la metrite del collo (Giraldès).

U. Testicolo. — L'idrocele della vaginale.

V. Vizi di conformazioni e mostuosità. — I più frequenti vizi di conformazione sono: il labbro leporino con i suoi diversi gradi, il mutamento di situazione del meato orinario (epispadia, ipospadia), le imperforazioni dell'ano e della vagina, gli arresti di sviluppo degli arti, la mancanza di uno o di parecchie dita, di una parte o di tutta la mano, dell'avambraccio, del braccio.

Si osserva più raramente l'ernia del cervello, la spina bifida, l'ernia ombellicale, l'ectopia del cuore, del fegato, degl'intestini, la mancanza del retto, e di esso e dell'S iliaca e di tutto il grosso intestino; la mancanza dei reni, della milza, la persistenza del foro di Botallo, l'imperforazione dell'esofago e la sua comunicazione con la trachea, la fusione incompleta delle due metà primitive dell'utero e della vagina, donde la divisione e la duplicità apparente degli organi; l'occlusione incompleta dei setti retto-vaginale e vescico-vaginale; l'imperfezione degli apparecchi oculare ed uditivo, la presenza di dita, di mammelle soprannumerarie; i nèi, le macchie pigmentarie, i ciuffi di peli. Le mostuosità doppie e le inclusioni fetali costituiscono rare anomalie, che frequentemente divengono cagione di distocia.

Art. 2. — MORTE DEL FETO

A. Morte del feto. — B. Trasformazioni successive. — 1° Dissoluzione. — 2° Mummificazione. — 3° Putrefazione. — 4° Alterazioni speciali.

Le cagioni della morte del feto durante la sua vita endo-uterina sono innumerevoli, giacchè esse possono dipendere dal padre, dalla madre e dal feto stesso, dai suoi annessi ed infine da cagioni accidentali.

La maggior parte di coteste svariate cagioni e del loro diverso modo d'operare sono state già da noi studiate; faremo ora alcune considerazioni generiche e complementari.

A. Morte del feto. — A bello studio abbiamo evitato di ripetere a proposito di ogni malattia febbrile acuta, l'influenza che l'alta temperatura poteva manifestare sul prodotto del concepimento e la cagione della sua morte. Ebbene, nel tifo come nella polmonite, nel vaiuolo come in qualunque altra malattia acuta, trascurando pel momento la possibile endometrite acuta in certi casi, è sempre una la cagione precipua della interruzione della gravidanza e spesso della morte del feto, e questa è l'alta temperatura.

Runge ha dimostrato che non solo il feto ha la febbre nello stesso tempo che la madre, ma che la sua temperatura è di qualche decimo superiore a quella materna. Ora se la temperatura che si mantiene alta per un tempo più o meno lungo può indurre la morte nell'adulto, vuoi per la sua azione pericolosa sul cuore che sui centri nervosi, quanto più non deve essa riuscire dannosa per un debole organismo ancora in via di formazione? Infatti Claudio Bernard ed Hourlier hanno dimostrata la degenerazione grassa del cuore del feto, quando esso è stato espulso nel

corso d'una malattia acuta. Tra i moderni il Kamin-sky ritiene pure che la morte del feto in siffatti rincontri accada esclusivamente per l'influenza dell'alta temperatura.

Ma, ci si permetta franca la nostra opinione, noi crediamo, e l'abbiamo già pubblicato (*Riforma Medica*, 1886) che il modo d'operare dell'alta temperatura sul corso della gestazione e sulla vita del feto sia ben diverso.

Come intendere l'espulsione d'un feto morto dopo un brevissimo periodo di febbre alta, e di uno vivo e vitale quando essa ha durato molto più a lungo?

Per noi l'alta temperatura opera in primo luogo sull'utero e quindi sulla madre, in secondo luogo sul feto. Opera sull'utero, perchè nel rapido consumo organico determinato dall'alta temperatura aumenta di molto l'acido carbonico nel sangue e quindi la cagione che, secondo il Brown-Séquard, eccita la contrazione uterina. Spesso però l'utero non entra rapidamente in contrazione, forse a norma della sua diversa irritabilità, ed allora, come noi abbiamo dimostrato, invece della contrazione si ha una specie di aumentata retrazione, di cresciuto tono della fibra uterina e quindi ostacolato circolo utero-placentare.

Opera sul feto, giacchè si avverano in esso i medesimi processi riduttivi che hanno luogo nella madre. Ma si noti, nel feto come nella madre aumenta sotto la febbre il bisogno d'introdurre una quantità maggiore d'ossigeno. La madre vi rimedia, accelerando i movimenti respiratorii, ma il feto non può che ripararvi con l'ossigeno che riceve dal sangue materno. Ora nel sangue della madre, per l'azione della febbre, si trova molto acido carbonico; per l'abbondante acido carbonico si avverano le modificazioni descritte nel tono del muscolo uterino, e per questo l'ostacolo nella circolazione utero-placentale; ecco quindi molteplici condizioni che influiscono ordi-

nariamente sulla morte del feto, prima ancora che vi fosse stato il tempo di verificarsi in esso la degenerazione grassa del miocardio.

Che se talvolta alla espulsione del prodotto del concepimento preceda la morte, in tali congiunture, ciò riesce affatto spiegabile con la teorica da noi messa innanzi. Se in una donna vi è notevole irritabilità della fibra uterina, allora sotto le cennate modificazioni del sangue si ecciteranno rapidamente le contrazioni uterine e quindi la espulsione del prodotto del concepimento ne precederà la morte. Ma se, per contrario, le modificazioni cennate nell'utero durino a lungo, se l'utero entri difficilmente in contrazione, allora naturalmente avverrà prima la morte del feto ed indi la sua espulsione.

E poichè abbiamo in ultimo voluto dichiarare in modo sintetico il modo d'operare della temperatura in tutte le malattie febbrili acute e come in esse d'ordinario tutto il pericolo, per la madre e pel figlio, dipenda dall'altezza della febbre, è giusto dire quali debbono essere i criteri curativi generici.

Abbassare la temperatura è spesso un problema, per quanto difficile a raggiungere, altrettanto illusorio nei suoi effetti. Si sarà forse guadagnato qualche cosa abbassando la temperatura del tubercolotico, del piemico, del vaiuoloso? E non si potrebbe discutere sui vantaggi illusori e non reali di qualche grado di febbre ridotto a furia di perturbamenti più o meno gravi indotti dai rimedi adoperati?

Con questo però siamo ben lontani dal negare i grandi vantaggi dell'antipiresi in taluni casi, e come essa costituisca uno dei campi più laboriosi e fertili delle ricerche moderne. Abbassare la temperatura in certi casi significa soddisfare ad una indicazione vitale e quando noi abbiamo scongiurato il pericolo imminente, possiamo ancora sperare nell'efficacia dei nostri rimedi o dei compensi naturali.

Ciò posto, dobbiamo dichiarare che, mentre nella clinica si conviene da tutti che il migliore antipiretico sia l'acqua e che il bagno freddo, o gradatamente raffreddato, sia da preferire all'abbassamento termico provocato dai farniachi, non è così nella donna gravida. Le condizioni della circolazione nella gestante, specialmente a gravidanza inoltrata, e le condizioni del cuore non sono tali da poterla impunemente esporre ai mutamenti circolatorii provocati dall'acqua a temperatura più bassa sulla superficie cutanea. Il bagno quindi, lo ripetiamo, è quasi assolutamente da bandire come antipiretico nel corso della gestazione, meno forse per i primi due o tre mesi.

Resta quindi l'antipiresi chimica. Tra i diversi rimedi è da notare che, tenuto conto della loro azione perturbatrice sull'organismo, della dose alta spesso necessaria per raggiungere lo scopo e quindi della specie di avvelenamento provocato, delle diverse azioni secondarie dei varii rimedi (eccitamento, collasso, fatti nervosi ecc.), l'antipirina resta il migliore mezzo da adoperare sia internamente alla dose di 2 a 3 grm., in cartine di 50 a 60 centigr., prese ogni quarto d'ora; sia per clistere alla dose di 4 grm. in 120 grm. d'acqua introdotta in 3 a 4 volte alla distanza di 20 a 30 minuti.

A maggiormente dichiarare quanta sia l'intimità dei rapporti nutritivi tra la madre ed il figlio, onde non faccia meraviglia il veder trasmesse talune alterazioni dall'una all'altro, esporremo quanto segue:

Gusserow, Zweifel ed altri hanno dimostrato come certi sali solubili (acido salicilico, joduro di potassio, acido benzoico), certe sostanze tossiche (etere, cloroformio, alcool) potevano passare direttamente ed in natura dalla madre al figlio, allo stesso modo che taluni virus vengono trasmessi dall'una all'altro.

Inoltre lo stesso Zweifel ed il Zunz hanno dimo

strato che, quando il *globulo sanguigno materno integro* non può ricavare dall'esterno la quantità d'ossigeno che gli è necessaria, lo piglia dal *globulo sanguigno fetale*.

Ora si può comprendere come il feto possa soccombere durante il suo sviluppo endo-uterino per cagioni svariatisime, ma che tutte coteste cagioni vanno a metter capo ad un fatto solo costante: il disturbato ricambio per perturbamenti principalmente circolatori tra la madre ed il figlio. Passando a rassegna tutte le malattie materne e fetali che possono interrompere il corso della gravidanza, si vedrà la giustezza di siffatta affermazione.

Ma vi sono dei casi, accettati e riferiti dagli ostetrici più degni di fede, nei quali la morte del feto e l'interruzione della gravidanza succede e si ripete in diverse gravidanze, senza cagioni apprezzabili. In tali casi però si guadagna sempre un poco di tempo nella gravidanza successiva, in modo che dopo parecchi aborti si arriva finalmente ad un parto prematuro. È questo quello che si è chiamato aborto abituale. Pare che l'utero fosse talmente rigido, che solo dopo parecchi tentativi a poco per volta si lascia distendere.

Ebbene, in siffatti casi si è accettato il parto prematuro provocato in un'epoca nella quale si sia certi della vitalità del feto, e qualche settimana prima del tempo in cui suole accaderne la morte.

B. Trasformazioni successive. — La morte del feto è seguita dalla sua espulsione dall'utero in un tempo, d'ordinario, diverso e relativo alla cagione che l'ha prodotta. Se la morte si è avverata nel corso d'una malattia acuta o d'un trauma, l'espulsione del prodotto del concepimento accadrà ben presto. Ma se la cagione morbosa ha operato lentamente, esso può restare ancora nell'utero per un tempo più o meno lungo. Lungi dal contatto dell'aria, il feto non

subisce la putrefazione, ma un' alterazione speciale compresa sotto il nome di macerazione, e ciò senza nessuna influenza sfavorevole sulla salute della madre.

L'epoca in cui più spesso suole avverarsi la morte del feto è dalla 26^a alla 38^a settimana, cioè da 6 $\frac{1}{2}$ a 9 $\frac{1}{2}$ mesi lunari.

In generale il feto morto è espulso dopo quattordici a sedici giorni, ma vi sono casi autentici nei quali è restato nell' utero sino a cinque mesi, come si è dato il caso che in una gravidanza gemellare uno dei due feti sia morto al 3^o o 4^o mese e restato nell'utero ed espulso al termine della gestazione assieme con l'altro.

A norma poi dei diversi periodi della vita fetale in cui esso muore, si succederanno alterazioni diverse, quali :

1^o La *dissoluzione*; 2^o la *mummificazione*; 3^o la *macerazione*; 4^o la *putrefazione*; 5^o infine talune *alterazioni speciali e dubbie*.

1^o La *dissoluzione* si avvera nei primi due mesi della vita embrionale, pare che l'uovo si sia proprio sciolto nel liquido amniotico, che diviene opaco, lattiginoso. Spesso a siffatta alterazione dell' uovo si unisce lo sviluppo eccessivo della placenta e la formazione d'una mola.

2^o La *mummificazione* ha luogo fino al quinto mese; il liquido amniotico si riassorbe, il feto si impicciolisce, si raggrinza, la pelle s' indurisce, pare che tutti i liquidi da esso contenuti restino disseccati.

Certe volte, specialmente nella gravidanza gemellare, uno dei feti morti si appiattisce, resta, dice Depaul, come una galletta, mentre che l'altro continua a svilupparsi.

3^o La *macerazione* si osserva quando succede la morte del feto negli ultimi tre mesi della gravidanza. Essa differisce essenzialmente dalla putrefazione

per la natura dei processi che in esse si svolgono e non riesce dannosa per la madre.

Il feto in tal caso sembra aumentato di volume, i suoi tessuti sono divenuti più molli e friabili, la pelle è ricoperta di chiazze rosso-fosche, l'epidermide si solleva e distacca, il cellulare è infiltrato di siero torbido, le ossa della testa sono appena e lascamente tenute assieme e mobili tra loro, il cervello ed il fegato si sciolgono in una specie di poltiglia, succede ulteriormente sulle parti molli quella che chiamasi saponificazione.

Un feto di tal genere venuto all'esterno non esala quell'odore ammoniacale caratteristico della putrefazione; toccandolo, esso scivola tra le mani.

Si comprende che le cennate alterazioni si avverano quando il feto resta nell'utero un tempo più o meno lungo dopo la sua morte.

La espulsione dei feti così alterati non presenta nulla d'insolito. Però, le membrane si rompono spesso tardivamente o si è obbligati a romperle; il travaglio procede lentamente, perchè le contrazioni sono più deboli ed irregolari (Pinard e Bailly). D'ordinario il secondamento non presenta nessuna complicanza, come del pari il corso del puerperio.

4^o La *putrefazione* si avvera quando ha avuto luogo l'entrata dell'aria nell'utero, ciò che d'ordinario succede perchè il feto muore durante un travaglio di parto assai lungo (4 ad 8 giorni).

Le alterazioni indotte dalla putrefazione in siffatti casi procedono assai rapidamente, il feto presenta i seguenti caratteri: Aumento di volume delle cavità normali per sviluppo di gas; occhi aperti, deformati, sporgenti; pelle in varii punti ricoperta da flittene, contenenti un liquido sanioso e verdastro, in altri mancante; cordone presentante spesso qualche rigonfiamento per accumulo di sangue ecc.

Intanto, la madre in siffatti casi presenta le note

del rapido avvelenamento settico, brivido di freddo, febbre, sudori, colorito paglierino, singhiozzo e soccombe rapidamente se non s'interviene.

Ed in tali contingenze è dovere d'intervenire quanto prima è possibile a cacciare dall'utero quel cadavere in putrefazione. Ma l'importanza maggiore sta meno nelle manovre necessarie a cacciare fuori il feto putrefatto, quanto nel garantire la vita della madre. L'infezione settica in tali casi è quasi necessaria, ma con le moderne teoriche sull'antisepsi messe in pratica, si è osservato, ed il Fritsch ne riferisce qualche esempio, che, estratto il feto, e fatta una larga ed esatta irrigazione endo-uterina al sublimato, il puerperio ha proceduto normalmente. La disinfezione quindi in questi casi può far raggiungere risultati ai quali altra volta non potevasi nemmeno sperare.

5° Vi sono infine ancora altre alterazioni possibili dopo la morte del feto, quale la sua rigidità (Grigg, Young, Parkinson, Bailly, Dagincourt ecc.) e lo spasmo cadaverico (Thompson, Taylor, Rossbach), ma esse vanno ancora discusse; onde nulla di certo può dirsi al proposito.

CAPO IV.

ABORTO

A. Definizione — B. Cagioni — C. Sintomi — D. Secondamento — E. Diagnosi — F. Prognosi — G. Cura.

A. Definizione. L'interruzione della gravidanza, seguita o no dall'espulsione del feto prima della sua vitalità, è ciò che dicesi aborto. In questo atto patologico, come dice il Morisani, bisogna considerare che vi sono due elementi componenti: *morte del feto e sua espulsione*, dei quali ciascuno può precedere, o prevalere sull'altro.

Nell'aborto, a differenza del parto prematuro, l'interruzione della gravidanza succede in un'epoca nella quale il feto non è vitale, cioè prima del settimo mese compiuto. Secondo l'epoca, l'aborto si è detto *ovulare* fino al ventesimo giorno, *embrionario* fino al terzo mese, *fetale* in appresso. In tutte le epoche della gravidanza si può abortire, ma la maggiore frequenza si avvera tra il terzo ed il quarto mese (Whitehead).

B. Cagioni. Innanzi tutto si è distinto l'aborto in *spontaneo*, *accidentale* e *provocato*. Di quest'ultimo ci occuperemo quando si parlerà delle operazioni.

Le cagioni dell'aborto sono state dagli autori variamente classificate, ma noi col Morisani seguiremo il Garimond, che distingue: 1° cagioni che determinano e provocano l'espulsione del prodotto del concepimento; 2° cagioni che ne determinano la morte.

1° La cagione efficiente dell'espulsione del prodotto del concepimento dalla matrice è la contrazione uterina. L'utero gravido però ha una *capacità contrattile normale*, la quale può essere morbosamente aumentata per cagioni diverse, ciò che costituisce una specie di predisposizione ad abortire.

Siffatta predisposizione morbosa può essere *ereditaria* od *acquisita* col genere di vita che si mena; come pure si è addebitata ad ogni sorta di temperamento e di costituzione, alla rigidità della fibra uterina, che si lascerebbe distendere cioè solo gradatamente, alle metriti acute e croniche, come pure all'epidemia ed al contagio.

Passandoci delle altre cagioni, diremo solo a proposito di quest'ultima, cioè del contagio, che dal Bouley, dal Frank e dal Roloff era stato già osservato come nelle stalle dopo che una vacca ha abortito, si hanno altri casi di aborto. Ciò che essi spiegavano pel contatto di quelle sostanze, o meglio dei micro-

cocchi e batterii che, coltivati nelle sostanze derivanti dalle secondine del primo aborto, si moltiplicano ed arrivano nella vagina delle altre vacche e forse anche nell'utero.

Oggi poi che le teoriche parassitarie hanno tanto progredito, possonsi spiegare benissimo delle osservazioni bene accertate, ina che per lo innanzi restavano inesplicate. È fuori dubbio che in certi casi succeda l'infezione settica nel corso della gravidanza, manifestata dalla morte del feto e rapido sviluppo successivo della febbre puerperale nella madre. Ora, dato che si avveri siffatta infezione, quello che è più raro certamente, nei primi mesi della gravidanza, ecco avverato l'aborto per contagio.

Data dunque la *disposizione ad abortire*, ecco quali saranno le cagioni determinanti dell'aborto. Le distingueremo in a) dirette e b) riflesse.

a. Sono cagioni dirette quelle che operano direttamente sull'utero quali: i traumi sul basso ventre, l'introduzione d'un corpo estraneo ed anche un coagulo nella cavità uterina, l'esagerata distensione di siffatta cavità per idramnio gravidanza gemellare, tumore, ecc. (Garimond). Le scosse violente, i gravi sforzi, le cadute sulle natiche o sui piedi, gli esercizi forzati, il cammino esagerato, le succussioni nel cavalcare, nell'andare in carrozza ecc. operano tutte scollando l'uovo, quindi procurando un'uscita di sangue, che forma dei grumi e quindi dei corpi estranei, che eccitano la contrazione dell'utero.

b. Sono poi cagioni indirette dell'aborto quelle che operano, sul collo uterino, come il coito smodato e ripetuto, specialmente in epoca corrispondente a quella mestruale, certe alterazioni, fra le quali specialmente i tumori endo-cervicali. Il ritorno della funzione ovarica, la disenteria, la costipazione ostinata ed abituale, le emorroidi possono per via riflessa eccitare la contrazione dell'utero.

Ma anche talune cagioni che operano su tutta l'economia possono eccitare per via riflessa la contrazione dell'utero; tra queste ricorderemo: le convulsioni, le emozioni morali, i salassi ripetuti, l'alimentazione insufficiente, l'uso di talune sostanze, come l'etere, il cloroformio, l'acido carbonico, gli alcoolici, la segala cornuta.

2° Le cagioni che determinano la morte del feto possono essere a, dipendenti da influenze ereditarie anteriori alla fecondazione (comuni ai genitori); b, derivanti da malattie della madre acquisite durante la gravidanza; c, oppure dipendenti da lesioni dell'uovo o dell'embrione.

a. Tra le prime va l'età troppo giovane o troppo vecchia dei genitori, la loro debolezza, la scrofola, la tubercolosi, il cancro, la sifilide, la consanguineità.

b Nel secondo gruppo si comprendono tutte le malattie materne acute, semplici o dipendenti da infezione, come pure gli stati morbosi della madre dovuti all'introduzione di sostanze velenose, quali il tabacco, il piombo, il solfuro di carbonio, il mercurio, la ruta, il tasso, la sabina.

c. Le cagioni della morte del feto poi sono moltissime. Le cagioni traumatiche, nello stesso tempo che producono lo scollamento dell'uovo e l'emorragia, possono uccidere il feto, come le circolari di cordone intorno al collo possono strangolarlo. E poi il feto può essere affetto da moltissime alterazioni del cervello, del torace, dell'addome ecc. le quali, se non ancora sono bene conosciute circa la etiologia e lo sviluppo, è fuori dubbio, che ne provocano la morte.

Inoltre il figlio ha la febbre nello stesso tempo della madre, anzi il Runge ha dimostrato che la sua temperatura è di qualche decimo più alta di quella della madre, e tutte le malattie infettive pure gli possono venir trasmesse dalla madre e, nelle altre acute e non infettive, esso può morire a cagione della febbre alta.

Infine esso può morire per le malattie degli annessi (caduca, corion, amnios, placenta, cordone).

C. Sintomi. — Faremo col Morisani dapprima un esame analitico dei sintomi, indi li raggrupperemo.

Dovremo studiare *a, l'emorragia; b, la contrazione uterina; c, la scomparsa e la dilatazione del collo dell'utero; d, la rottura del sacco amniotico; e, i segni della morte del feto; f, i caratteri dell'uovo e spulso ed il meccanismo della sua espulsione.*

a. Uno dei fenomeni più importanti dell'aborto è l'emorragia: essa può precedere, accompagnare e seguire l'aborto. La perdita può essere esterna ed interna. Essa spesso è accompagnata da polso pieno e frequente, vampe e calore nel volto, brividi di freddo per la persona, senso di peso nel bacino, torpore e stanchezza negli arti inferiori, stimolo frequente ad urinare ecc., se la perdita esterna è considerevole, si osservano i segni dell'anemia acuta: pallore, ansietà, tendenza alla sincope, polso debole ecc.

La perdita esterna può presentarsi in modo diversissimo, lento o rapido, prima di sangue sbiadito, poi rosso o nero, può cessare per ricomparire dopo 3, 5, 8 giorni ecc. La raccolta interna può farsi nella placenta o tra la caduca ed il corion ecc., in modo che l'uovo finisce per restare scollato. Quando il sangue raccolto nell'utero non è molto abbondante può incistarsi, e così a termine si trovano quegli infarti che hanno subito modificazioni diverse a norma della loro antichità.

b. La contrazione uterina talvolta costituisce il fenomeno iniziale dell'aborto, tal'altra succede all'emorragia; dall'intensità del dolore se ne apprezza l'energia. In generale nell'aborto i dolori sono meno intensi che nel parto, specialmente nel periodo dell'espulsione.

c. Nell'aborto il collo è lungo e per nulla preparato alla dilatazione, il primo periodo quindi è lungo e

penoso, poi si dilata l'orifizio esterno ed infine l'interno. Le contrazioni nello stesso tempo che producono la dilatazione del collo, scollano l'uovo dalla parete uterina, quindi l'emorragia che accompagna il travaglio abortivo.

d. Nei primi tre mesi l'uovo è espulso d'ordinario per intero, purchè non s'intervenga inopportunamente; però esso può pure rompersi, ma il liquido amniotico, per la sua scarsezza, passa inosservato. Nel 5° e 6° mese però non è così, e si distinguono meglio i fatti, come nel parto a termine. A quest'epoca, col riscontro, dopo rotto il sacco, può toccarsi il feto a nudo.

e. I segni della morte del feto nei primi mesi sono poggiati sopra criterii generali più o meno attendibili, ma solo dopo il 5° mese se ne può avere la certezza dalla mancanza del battito cardiaco fetale, già prima ascoltato. In tali casi rapidamente si vedono cessare tutti i fenomeni simpatici della gravidanza.

f. Dall'esame del prodotto espulso, può solamente in certi casi rilevarsi la cagione dell'aborto. L'istologia normale degli annessi fetali non è ancora definitivamente dichiarata e tanto meno poi ne sono state illustrate le alterazioni anatomo-patologiche. In certi casi però, sia con l'osservazione macroscopica, sia con quella istologica, può arriversi a qualche seria conclusione. Dalle alterazioni poi verificatesi nel feto potrà rilevarsi l'epoca più o meno lontana della sua morte e quindi se questa abbia preceduto o seguito il travaglio abortivo.

A comprendere il modo di distacco dell'uovo dall'utero sono state messe innanzi molteplici teoriche tra le quali la più completa è quella del Courty. Noi però esporremo il concetto che ce ne siamo formato dopo lo studio istologico della caduca ed espresso nel nostro lavoro sulla struttura degli involucri del feto umano.

Malamente si apporrebbe chi credesse che dal 3° mese in poi tra la faccia interna dell'utero e quella esterna dell'uovo (corion) passassero delle ramificazioni vasali più o meno grosse, le quali servissero da aderenze, da legame quasi tra i due organi. Dal corion al tessuto muscolare uterino, così nel rimanente dell'uovo, come in sotto della placenta, con l'avanzarsi della gravidanza non vi sono che strati cellulari più o meno abbondanti, alquanto diversi a misura che sono più superficiali o più vicini alla parete, i quali a modo di cemento tengono aderente l'uovo alla parete uterina.

Ciò posto, sono da comprendere due fatti: dapprima che è quasi indifferente che il sangue si accumoli tra due strati più superficiali o più profondi, accostandosi ora maggiormente alla parete uterina, ora al corion, essendo coteste divisioni impossibili a fare forse anche istologicamente; è la quantità del sangue che provoca effetti diversi. In secondo luogo, che se il feto è morto, cessando l'attività nutritiva negli strati della caduca più vicini al corion, l'uovo è quasi isolato dalla parete uterina, quindi più facile il distacco, meno grave l'emorragia; se il feto è vivo e quindi ha preceduto l'emorragia o la contrazione uterina il travaglio abortivo, l'uno o l'altro avranno distaccato quelle aderenze esistenti tra l'uovo e l'utero.

Da ciò si capisce, come nei primi mesi, quando il *corion laeve* non è ancora atrofizzato, quando cioè vi sono ramificazioni vascolari e non semplici strati cellulari di unione tra l'uovo e l'utero, si capisce, dicevamo, come l'emorragia debba essere più imponente, il distacco dell'uovo più difficile, e come spesso restino nell'utero tutti o buona parte degli annessi fetali.

I sintomi dell'aborto innanzi studiati si raggruppano variamente tra loro ma in modo diverso a norma del diverso periodo della gravidanza.

Nei primi giorni l'aborto è considerato come una mestruazione più abbondante, sopraggiunta dopo alquanti giorni di ritardo, l'uovo stesso va considerato come un grumo.

In un'epoca più avanzata, dopo una cagione qualunque, ecco rapidamente manifestarsi l'emorragia e l'espulsione del prodotto del concepimento. Ma quando si è arrivati al 5° o 6° mese, tra la cagione determinante e la espulsione passa un tempo più lungo, si succedono i medesimi fenomeni che nel parto a termine. In certi casi, si è detto di sopra, al lavoro abortivo precedono dei prodromi.

Infine, si è detto come in altri casi preceda la morte del feto e quali ne siano i segni; in questi casi il travaglio abortivo è lento e penoso, giacchè le contrazioni incominciano lente, indi gradatamente aumentano ed il prodotto del concepimento può restare ancora impegnato nel collo per 4 a 5 giorni. Però, quando il sacco amniotico è rotto, restando così a lungo impegnato il feto, pel contatto dell'aria ne accadrà la putrefazione, d'ordinario seguita da febbre puerperale più o meno grave, quando non si sia a tempo intervenuto. Le statistiche di Dubois, di Veit e di Hugenbergger fanno rilevare come nell'aborto dal 4° mese in poi, si osservino a preferenza presentazioni pelviche e trasversali.

D. Secondamento. — Esso merita di richiamare in modo speciale l'attenzione dell'ostetrico sia perchè procede in modo diverso nei varii casi, sia perchè la condotta da tenere nella cura deve variare a norma di essi.

Nei primi due mesi l'uovo è espulso per intero; nel quinto e sesto mese succede il secondamento come nel parto a termine, ma nel terzo e quarto mese le cose vanno in modo diverso. La placenta è fortemente aderente, le contrazioni non sono molto forti, il feto è espulso perchè si rompe il gracile cordone

ombellicale, l'utero vuoto ritorna sopra se stesso, il collo si retrae, e le secondine sono ritenute. Allora può avverarsi:

1.° I sintomi dell'aborto cessano con l'espulsione del feto e si crede che tra i grumi si trovi la placenta. Ma un certo tempo dopo, ritornano le contrazioni, perchè la placenta opera da corpo estraneo. Ricompare l'emorragia, che può arrivare perfino a compromettere la vita della donna per la sua gravezza.

2.° La placenta ritenuta, in parte scollata ed in parte aderente, cade in putrefazione, onde scolo purulento seguito da fatti d'infezione settica.

3.° La placenta, restata aderente, continua a crescere e forma la mola carnea o sanguigna, la quale può essere eliminata dopo parecchi mesi. Si noti che spesso dai residui placentari dopo un aborto, specialmente dei primi mesi, si originano quelle endometriti emorragiche, sostenute da ramificazioni villose della mucosa, che spesso resistono non poco alle cure.

4.° La placenta è riassorbita, o subisce una trasformazione fibrosa (Morisani), ovvero è espulsa dopo molto tempo, senza provocare disturbi e quasi senza che la donna se ne accorga, in uno sforzo qualunque.

Il puerperio poi dell'aborto somiglia a quello del parto a termine, solo che i fenomeni sono meno accentuati.

a. La secrezione del latte manca nell'aborto dei primi mesi, si ha in quello del 5° e 6° mese ma d'ordinario scarsa, specialmente se vi fu grave emorragia e solo in casi eccezionali abbondante.

b. I lochii si riducono a poca perdita siero-sanguigna, indi purulenta, ma questa d'ordinario dura a lungo. Si comprende che più avanzata è la gravidanza e più notevoli sono i fatti.

c. I morsi uterini d'ordinario non esistono, ma però essi talvolta si manifestano per grumi sanguigni raccolti nella cavità uterina, o residui di membrane.

d. L'involuzione dell'utero non è molto rilevabile, essa però è più lenta di quello che comunemente si creda ed il ripetersi di vari aborti nella stessa donna può certe volte dipendere da che la donna diventa nuovamente incinta, mentre che l'utero non è ancora tornato alle condizioni fisiologiche.

E. Diagnosi.—Non è difficile la diagnosi dell'aborto, ma l'ostetrico deve proporsi e risolvere tre questioni in ogni caso: 1° se la donna sia veramente incinta; 2° se i sintomi osservati indichino un aborto incipiente od una semplice congestione uterina; 3° se l'aborto sia o no inevitabile.

1.° È noto come nei primi mesi della gravidanza non vi siano che segni di probabilità, giacché la stessa mancanza della mestruazione può presentare numerose e varie eccezioni. Il criterio che nell'aborto l'uscita del sangue precede i dolori, neanche è molto certo, come non lo è la forma speciale dei grumi.

Non è così però quando il collo è dilatato e l'uovo trovasi impegnato, ed al riscontro si tocca come una vescica molle che si tende sotto la contrazione uterina. Però, mentre abbiamo fatto ri'evare la mancanza di segni certi fino al quarto mese, l'assieme dei fatti, il modo di prodursi e continuare dell'emorragia ed i dati rilevati col riscontro, non faranno durare molta fatica a stabilire la diagnosi.

2.° Se trattasi di congestione uterina od aborto, poco monta; non si hanno criteri solidi per stabilire siffatta distinzione e poi sono sempre i medesimi mezzi che bisogna adoperare. Così, non potrà dirsi se l'aborto scongiurato pel momento non si verificherà più tardi, giacché è possibile che, rotto un certo numero di vasi, sarà più tardi ostacolata la respirazione e la nutrizione del feto e quindi in avvenire ne accadrà la morte.

3.° Il segno di maggior valore per dichiarare l'aborto inevitabile è la rottura delle membrane e lo

scolo del liquido amniotico. Ma quando l'uovo sta ancora nella cavità uterina, quando nei primi mesi per la sua scarsezza la fuoruscita del liquido amniotico passa inosservata, si hanno soli criteri di probabilità.

Il Cazeaux dà pure come segno dell'aborto inevitabile la fusione del corpo col collo dell'utero, ossia che il dito introdotto in vagina non può più isolare il collo uterino, ma tale segno, come afferma il Morisani, non è sempre rilevabile.

In guisa che dall'assieme dei fatti, rapidità e gravità dell'emorragia, intensità dei dolori, modificazioni del collo, impegno dell'uovo e sua rottura si rileverà il giudizio diagnostico.

Noi pure riteniamo che la morte del feto indichi che l'aborto interno sia compiuto e di sopra sono stati indicati i criteri dai quali la si può desumere, così nei primi, come in un periodo più avanzato della gestazione.

F. Prognosi. — L'aborto pel feto è sempre fatale, giacchè la sua morte ne precede, o ne segue l'espulsione.

Rispetto alla madre poi si ripete: che un buon aborto sia peggiore di un cattivo parto, ma ciò è esagerato ed ingiusto. Come pericolo immediato ve n'è senza dubbio assai più nel parto, giacchè la stessa emorragia grave non uccide quasi mai la donna, come può accadere al termine della gravidanza. Le infezioni puerperali poi dopo l'aborto sono senza paragone più rare che dopo il parto.

Dopo l'aborto però, assai più facilmente che dopo il parto, restano malattie uterine le quali, unite alle poche cure che le donne si hanno nel puerperio, preparano le condizioni opportune a che l'aborto si ripeta in avvenire.

Questo però va detto in generale, giacchè a seconda delle condizioni generali della donna, dell'epoca

della gravidanza, della gravezza dell'emorragia, della rapida espulsione e putrefazione del feto, della uscita o ritenzione delle secondine, bisognerà modificare il giudizio in ogni singolo caso.

G. Cura. — La cura nell'aborto si riduce: 1° a prevenirlo, 2° a favorire l'espulsione del prodotto del concepimento, quando essa sia inevitabile, 3° a combattere le complicate.

1.° Anche per l'aborto, come in tutte le altre malattie, si riesce meglio a prevenire che a curare. La cura preventiva dev'essere diversa: *a* nell'epoca anteriore alla gravidanza e *b* dopo che la fecondazione ha avuto luogo.

a. Quando la donna non è ancora incinta bisogna ricordare che l'aborto si determina o perchè è eccitata anormalmente la contrazione uterina, o perchè il feto morto è secondariamente eliminato. Bisogna quindi fare una cura causale affatto diversa nella specie.

Di sopra è stato detto, o per difetto delle condizioni generali, o di cattiva igiene, ovvero per lesioni locali l'utero diviene più irritabile. Si modificherà l'igiene nel primo caso, la costituzione, per quanto è possibile con prescrizioni adatte nel secondo.

Per lesioni locali se vi è metrite, si consiglieranno a preferenza le irrigazioni due volte al giorno per 15 a 20 minuti, con acqua da 40° a 45°; se vi sono spostamenti bisogna prima raddrizzare l'utero indi applicare i pessarii; se vi è catarro del collo o del corpo si adopereranno gli astringenti, i caustici, il jodoformio ecc. a norma dei casi.

Se vi ha tendenza alle congestioni attive o passive, queste si combatteranno con gli antiflogistici od i tonici, i rivulsivi ed i derivativi.

Se la morte del feto poi ha preceduto la sua espulsione, bisogna cercare l'influenza della scrofola e della sifilide. Nel primo caso l'uso dei tonici, dei ri-

costituenti, l'aria campestre, i bagni di mare, i semicupii freddi, la buona igiene, daranno spesso buoni risultati. Per la sifilide bisogna fare la cura mercuriale o jodica, a seconda dei casi. Ma si tenga presente che in molti casi è affatto inutile che la madre sola pratichi la cura, o debbono farla entrambi i genitori, o qualche volta più il padre che la madre.

b. Accaduta la fecondazione, ci troviamo innanzi ad una nuova gravidanza per la quale ci sono tutti i timori. Le indicazioni sono presso a poco le medesime.

Le donne sanguigne e che avvertivano notevoli disturbi nel tempo della mestruazione, colla quale avevano una perdita abbondante, debbono restare a letto per 4 o 5 giorni nel tempo corrispondente all'epoca mestruale con vittitazione tenue, senza vino, nè stimolanti. Esse debbono smettere affatto l'uso dei busti ed astenersi dal coito in quell'epoca.

Nelle donne deboli, anemiche, con scoli leucorroici, bisogna consigliare la cura tonico ricostituente e più che questa il riposo, ovvero un esercizio discreto e che non arrivi a stancarle.

Nelle donne nervose ed irritabili, nelle quali facilmente si eccitano le contrazioni dell'utero, si consiglierà il regime tenue. Il riposo, la tranquillità, la libertà del ventre, i bagni tiepidi ed all'occorrenza gli oppiati per applicazioni esterne, per la bocca o meglio col piccolo clistere.

Per l'aborto che si avvera nelle malattie accidentali, infettive o non, abbiamo mezzi molto limitati, si baderà all'antipiresi ed a tutto quello detto a proposito di tali malattie.

Quando lo aborto si è ripetuto più volte, una prescrizione importantissima è quella di raccomandare alla donna di evitare l'accoppiamento per sette od otto mesi, affinchè l'utero si rimetta.

Se poi la donna è nuovamente incinta dopo più di

un aborto precedente, deve rinunciare affatto all'accoppiamento nel tempo della gravidanza.

Nelle donne che hanno costipazione abituale, bisogna combattere questa, sia con i clisteri, che modificando il regime e prescrivendo qualche piccolo compenso terapeutico.

Sempre che sia possibile il far passare un certo tempo in campagna, è una delle migliori prescrizioni, purchè non vi siano fatti diatesici, o l'aborto non sia stato accidentale.

Il salasso, nelle donne robuste e saguigne e quando vi sono i segni evidenti della pletora locale e generale, dev'essere prescritto, giacchè può riuscire a modificare in certo modo la tensione vasale e diminuire il pericolo dell'aborto.

Hohl e Grenser hanno lodato come anti-abortivo la chinina presa in piccola quantità nel corso della gravidanza ed anche quando sopraggiungono i dolori.

Infine Simpson e Young nella Società ostetrica di Edimburgo hanno lodato grandemente l'uso del clorato di potassa preso durante la gravidanza alla dose di 3 grm. al giorno in tre volte.

c. Iniziato il travaglio abortivo, emorragia e contrazioni, nella probabilità di arrestare l'aborto, s'incomincerà dal prescrivere il più completo riposo, in posizione orizzontale.

Si ricorrerà subito dopo agli oppiati dati o internamente, o meglio per clistere (20 gocce in 30 grm. d'acqua) ripetuto fin quattro volte alla distanza di due o tre ore.

Si faranno nello stesso tempo applicazioni di compresse bagnate nell'acqua fresca sul ventre, e di rivulsivi sulla parte superiore del tronco.

In questi ultimi tempi contro le emorragie uterine sono state molto commendate le irrigazioni rettali e vaginali di acqua calda a 45° e 50° e noi in due casi abbiamo veduto sospeso il travaglio abortivo, una

volta temporaneamente ed un'altra definitivamente. Bisogna far uso del becco vaginale, che tiene un foro solo alla punta, di una clisopompa comune e prolungare la irrigazione per 20 o 30 minuti.

2.° Dato che l'ostetrico sia persuaso dell'inevitabilità dell'aborto, che cosa dovrà fare?

Nei primi casi, se l'emorragia non è eccessiva, si terrà in una prudente aspettativa; la donna starà a letto col bacino poggiato sopra un guanciale duro ed egli sorveglierà il travaglio ed osserverà i prodotti espulsi. Si dovrà guardare bene dal rompere l'uovo, che spesso, per fortuna, esce intero. Si tenga presente che l'espulsione certe volte è lentissima, per la poca forza delle contrazioni.

Nel quinto e sesto mese il travaglio abortivo rassomiglia a quello del parto a termine, si manifestano i medesimi fenomeni fisiologici e meccanici che bisogna sorvegliare. Per la piccolezza del feto però, spesso si ottiene la correzione d'una posizione viziosa, o l'evoluzione spontanea, od anche l'espulsione in una posizione irregolare, bisognerà quindi sorvegliare ed intervenire all'uopo secondo le norme generali.

3' Bisogna combattere le complicate, le quali in verità divengono talvolta il fatto più importante.

L'emorragia sarà solo guardata se discreta; vi si rimedierà con i mezzi detti di sopra se un poco più abbondante; ma se essa diviene più imponente bisognerà combatterla ad ogni modo.

La segala cornuta, o l'ergatina ed il zaffo, ecco i due mezzi di cui possiamo disporre, nello stesso tempo che si sosterranno le forze della donna col brodo, col latte e qualche eccitante (vino, medicinali ecc).

L'uso della segala ha incontrato da parte di taluni ostetrici delle obiezioni, giacchè essi dicevano che, a prescindere dalla sua azione discutibile, quando l'utero è ancora poco sviluppato, in un periodo ulteriore essa farebbe contrarre ancora il collo dell'u-

tero ed impedirebbe così l'espulsione del prodotto del concepimento.

Noi faremo un articolo speciale sulla segala cornuta, sul suo modo d'operare e sull'uso che bisogna farne. Per ora diciamo che se essa opera sulla fibra uterina, anche facendo retrarre, meglio che contrarre, le fibre del collo, ciò non è una seria obiezione, giacchè essendo più numerose e potenti le fibre muscolari del corpo allo stesso modo influenzate, esse la vinceranno sempre su quelle del collo.

Del resto la segala od i suoi principii attivi saranno adoperati nello stesso tempo dello zaffo, il quale opera 1° meccanicamente opponendosi, alla fuoruscita del sangue e quindi provocando la formazione di coaguli, che si prolungheranno fino al punto di fuoruscita del sangue; 2° irritando il collo e quindi eccitando le contrazioni uterine, le quali spesso caccerranno l'uovo e lo zaffo nello stesso tempo. In considerazione poi di questo secondo modo d'operare dello zaffo, del fare cioè rinforzare le contrazioni dell'utero, esso non dovrà praticarsi che quando l'aborto sarà giudicato inevitabile.

Il pericolo che lo zaffo trasformi l'emorragia esterna in interna nei primi tre mesi è affatto inammissibile. Verso il quinto e sesto mese poi, ad evitarlo si sorveglierà il volume dell'utero dopo averne fatta l'applicazione. Anche noi col Morisani preferiamo lo zaffo alla perforazione delle membrane, per arrestare l'emorragia al 5° e 6° mese; è un mezzo più sicuro e che non contribuisce a rendere l'aborto inevitabile, come la rottura delle membrane.

Se poi l'uovo è impegnato nel collo dilatato, se il dito portato in giro tra l'uovo ed il collo uterino può circoscriverlo e non si prevedono gravi difficoltà, è bene farne l'estrazione, o per lo meno fare un tentativo di estrazione che può riuscire utilissimo, mettendo termine ad un travaglio lungo e penoso e ad una perdita più o meno considerevole.

B. Ma in buona parte dei casi succede, specialmente nei primi mesi, che, espulso il feto, la placenta, porzione o tutte le membrane restino nella cavità uterina. In qual modo bisognerà comportarsi in siffatti incontri? Due sono i pericoli in questi casi, ritorno o continuazione dell'emorragia e decomposizione delle secondine e setticemia puerperale.

A combattere l'emorragia, si è fatto una specie di zaffo della cavità uterina, con le filacciche od un'ampolla dilatatrice (Guéniot) di caoutchouc, per eccitare le contrazioni uterine e favorire la espulsione di tutto quello che era stato ritenuto. In generale, fino ad oggi si è ritenuto che bastava evitare a questo modo l'emorragia e praticare delle irrigazioni antisettiche endo-uterine, quando incominciava la decomposizione putrida di quei prodotti, per espletare quanto di meglio si potesse fare.

Ma innanzi tutto bisogna proporsi e sopra ogni cosa di estrarre la placenta e le membrane, per garantire nel modo più efficace la vita della donna.

Per estrarre la placenta s'introdurranno due dita in vagina, indice e medio, indi il primo solamente nella cavità uterina per rompere ogni aderenza, giacchè, anche non potendo così estrarre la placenta, basterebbe tale pratica per farla più tardi eliminare. Nello stesso tempo poi che con l'altra mano, la sinistra, si fa pressione sul fondo dell'utero dalle pareti addominali.

Se non s'arriva con le dita, può farsi uso di qualche pinzetta, ma con grande accorgimento e dopo averla bene disinfettata.

Se il collo dell'utero è chiuso, si potrà tentare prima la cloroformizzazione, indi la dilatazione, ma per parte nostra rigettiamo affatto quella praticata con la laminaria o la spugna preparata.

Nello stesso tempo si somministrerà la segala per fare espellere le membrane o la placenta distaccata.

Ad evitare poi qualunque infezione consecutiva, piuttosto che aspettare la putrefazione delle sostanze ritenute ed indi iniziare la disinfezione endo-uterina, il mezzo più sicuro è di fare l'abrasione non solo della placenta e delle membrane, ma di tutti quei cenci di mucosa che più tardi cadranno in mortificazione.

È una manovra che a prima giunta fa impressione, ma che in fondo non è pericolosa quanto si potrebbe credere. Fatta la cloroformizzazione della donna ed applicato lo speculum Sims, si fissa il collo uterino con un uncino ed indi con la *curette* si penetra delicatamente nella cavità uterina e si abrade tutta all'intorno, fino a che non s'arriva sopra il tessuto muscolare che resiste e stride sotto l'istrumento. L'emorragia, al contrario di quanto si crederebbe, non è mai molto imponente. Senza citare autorità straniere, diremo che il nostro Cosentino a Palermo, fin dal 1881 ed ora il Bompiani hanno ottenuto splendido successo con tal metodo. Così facendo, è certo che non accadrà in seguito nessuna infezione settica.

Ma, perchè le cose riescano, tutto dipende dall'asepsi ottenuta nell'operare, e di tutte le condizioni indispensabili a procurarla diremo a proposito delle disinfezioni in genere.

Il puerperio dopo l'aborto deve andare guidato dai medesimi precetti che dopo il parto a termine.

CAPO V.

GRAVIDANZA ESTRAUTERINA

A. Cagioni — B. Anatomia — C. Sintomi e corso — D. Durata — E. Esiti — F. Diagnosi — G. Prognosi — H. Cura.

Quando ignoravasi l'esistenza dell'uovicino nell'ovario ed il modo come succede la fecondazione,

non potevasi certamente spiegare la gravidanza estra-uterina. Ma oggi però che è noto in qual modo gran numero d'uovicini capitati nel peritoneo, come ben dice lo Schroeder, bisogna spiegarne la rara osservazione perchè l'uovo fecondato non trova sempre ivi le condizioni favorevoli al suo sviluppo.

Sulle varietà di gravidanza estra-uterina gli ostetrici non sono tutti d'accordo, giacchè chi ne ammette 4 (Naegele e Grenser); chi 5 (Cazeaux) e chi fino 10 (Dezeimeris) e 12 (Hubert).

L'uovo anormalmente può svilupparsi: A. nella tromba, B. nel peritoneo.

A. Nella tromba, secondo che occupa la porzione intermedia od uno degli estremi, guadagnando porzione di qualche organo vicino, si avrà:

Gravidanza *tubarica*, *tubo-ovarica* o *tubo-addominale* e *tubo-uterina* od *interstiziale*.

B. Nel peritoneo l'uovo può capitare *primitivamente* e *secondariamente*.

Si è descritta pure una varietà *sotto-peritoneale* (fra le lamine del ligamento largo), *estra-addominale* (in un'ernia), *vaginale* e *cervicale*, secondo le diverse sedi acquistate dall'uovo.

Anche le gravidanze gemelle possono essere estra-uterine, ovvero svilupparsi un feto nell'utero, l'altro fuori (Braun, Goesmann, Pellischeck, Cook, Clarke ecc. ecc.).

A. Cagioni. — Delle cagioni messe innanzi a spiegare la gravidanza estra-uterina, talune sono positive altre ipotetiche. Tra le prime si annovera: L'imperforazione od i vizii di conformazione delle trombe; la loro occlusione per infiammazione, per muco, per polipi; ma si noti che una sola tromba può essere così alterata e da essa non può passare l'ovulo già fecondato per mezzo dell'altra tromba. Che se entrambe fossero così modificate, non passerebbe né l'uovo, né il liquido che deve fecondarlo.

Tra le cagioni si sono messi pure i tumori uterini, (Stoltz, Böhmer), quelli pelvici che comprimono la tromba; i traumi che, rompendo l'utero, ne fanno capitare il contenuto nell'addome. Poi la ferita del taglio cesareo antecedente non cicatrizzata (Lecluyse); l'amputazione precedente del corpo dell'utero (Koeberlé). Allo spavento nel momento del coito o poco dopo, a cui prima si dava tanta importanza, oggi se ne accorda pochissima o nessuna, giacchè non è allora che succede la fecondazione dell'uovo ed il suo distacco dall'ovario.

B. Anatomia patologica. — Questo capitolo è assai vasto, giacchè vi sono molti punti ancora da discutere. Noi, seguendo il Cauwenberghe, ricorderemo per sommi capi le cose 1° relative agli organi genitali della madre; 2° quelle relative al prodotto del concepimento.

1° La mucosa uterina, prima che l'uovo vi capiti, è già preparata per riceverlo, ma non così quei punti dove esso si ferma nella gravidanza extra-uterina. Pure, dove l'uovo fecondato si ferma, opera da stimolo e provoca un eccitamento nella nutrizione, vascolarizzazione e circolazione locale, in modo da formarsi una specie di tessuto erettile sul quale s'impianterà la placenta.

Anche nella gravidanza estrauterina gli organi della generazione si modificano: le pareti vaginali si fanno più molli e più spesse, la loro secrezione mucosa aumenta, l'utero s'ingrossa, il suo tessuto si rammollisce, il collo si modifica come al principio della gravidanza.

Ma i due fatti più importanti si avverano nella cervice e nel collo.

Il collo si modifica, si rammollisce nella sua parte inferiore, spesso al di là dell'ordinario per l'epoca della gravidanza. L'orifizio interno però resta chiuso anche con l'avanzarsi della gravidanza. Di là il fat-

to già rilevato dal Depaul, che la sonda non entra nell'utero che con difficoltà. Infine il collo è sempre più spostato col passare del tempo in alto ed in avanti, mentre nella gravidanza ordinaria si trova in dietro ed a sinistra.

La caduca, la quale, come è noto, non è costituita che dalla mucosa uterina particolarmente modificata, sviluppandosi indipendentemente dall'uovo, si è trovata in talune autopsie proprio come nella gravidanza uterina. Ciò non deve far meraviglia, conoscendosi come, durante il tempo della mestruazione, la mucosa si modifichi in modo da abbozzare quello che succede nel corso della gravidanza.

2° Quanto al feto, bisogna incominciare dal dire qualche cosa degli annessi. Le due membrane proprie, corion ed amnios, si trovano sviluppate come nella gravidanza uterina. Gli altri strati sovrapposti varieranno a norma della varietà che si ha innanzi.

Nella *gravidanza ovarica*, l'uovo è circondato dalla parete della vescicola di Graaf e dal peritoneo.

Nella *gravidanza interstiziale e tubaria* è il tessuto dell'utero, la parete della tromba ed il peritoneo che circondano l'uovo.

Nella *gravidanza addominale*, se è secondaria, vi è l'inviluppo primitivo più quello di neoformazione, che s' incontra pure nella forma primaria, cioè una specie di ciste fatta da connettivo più o meno lasco o fibroso con vasi, grasso ed epitelio (Richet, Touon).

La *placenta* differisce da quella della gravidanza uterina per la sede, per la forma e pel volume. La sua sede più frequente d' impianto è la parete anteriore dell' addome (Koeberlé). Quanto al volume e alla forma, essa ora costituisce una massa vascolare di volume doppio o triplo dell' ordinario, ora è piccola ma molto spessa, ora presenta una larga superficie di inserzione ma è poco più spessa d' una membrana. Spesso sono molteplici ramificazioni che s' impianta-

no sulla maggior parte dei visceri addominali e dal cui centro parte il cordone. Quanto al rapporto tra i villi coriali e lo scambio tra il sangue materno e fetale, non s'incontra nessuna differenza.

Il feto poi fino al suo termine ordinario di sviluppo non presenta nulla di particolare. Quando resta poi al di là di questo tempo, subisce differenti processi, i quali, se non uccidono la madre, si possono terminare col *rammollimento*, la *fusione purulenta* e l'*espulsione da differenti vie* ovvero con l'*indurimento*, l'*ossificazione*, la *putrefazione*.

C. Sintomi e corso.—Tutti gli ostetrici convengono che sia quasi impossibile a stabilire ne' primi mesi la diagnosi di gravidanza extrauterina. Possono aversi tutti i fenomeni riflessi della gravidanza e nello stesso tempo la soppressione della mestruazione e questo mentre che l'utero è aumentato di volume. Spesso però si manifestano degli scoli muco-sanguinolenti dalla vagina, accompagnati a dolori uterini come per colica. Nei liquidi si trovano lembi della caduca. In fine vi è un dolore avvertito in un punto fisso, come all'inguine od all'ombellico, che aumenta o diminuisce gradatamente fino a che il feto non soccomba. I movimenti fetali riescono sempre incomodi e dolorosi.

Ma quando la gravidanza è arrivata al suo termine, si osserva proprio un falso travaglio di parto e con esso spesso coincide la morte del feto, ma in certi casi però il feto, ad onta dei dolori uterini, ha continuato a vivere.

All'*esame fisico* col palpamento ben presto si rileva un tumore, non nella linea mediana, molle ed elastico come l'utero, ma di lato, nell'inguine, duro, resistente e dolente alla pressione.

Questo tumore aumenta di volume col passare del tempo e lascia scoprire gli arti del feto, avvertiti più superficialmente, mentre che diviene fluttuante e vi

si può ottenere il ballottamento. Esso però può di botto scomparire, mentre si manifestano i segni della peritonite acuta, alla quale d'ordinario la donna soccombe. Dal terzo mese, possono rilevarsi due tumori, l'uno mediano, più piccolo, l'utero; l'altro fatto dalla ciste fetale.

Con l'ascoltazione, a tempo debito, si rileva il battito fetale, ma spesso manca il soffio.

Col riscontro vaginale si rileveranno nell'utero le modificazioni di consistenza, di volume e di sede di sopra cennate; le modificazioni del collo poi, invece di aumentare, diminuiscono col progredire della gestazione.

In un certo periodo avanzato, o a traverso la vagina, od in uno dei fornici si rileva nell'addome un tumore, distinto dall'utero, fatto dalla ciste fetale, nella quale talvolta s'arriva pure a distinguere qualche parte contenuta.

Col riscontro rettale si rileva dapprima la situazione più superficiale delle parti del feto: pare talvolta fossero divise dal dito per mezzo d'una sottile membrana. In secondo luogo si rileva che il tumore presenta il diametro trasverso più lungo di quello longitudinale.

Infine, come mezzo estremo, si è proposta la sondatura dell'utero. Prima in verità si temeva più di oggi un tal mezzo; ora, almeno fino al 3° e 4° mese, si vuol mettere la sondatura dell'utero come un mezzo di diagnosi, affatto innocente (Calderini). Nei mesi avanzati però, quando con tutti gli altri criterii non s'è arrivato a persuadersi della gravidanza extrauterina, si sia molto cauti nell'introduzione della sonda, giacchè anche ad ostetrici di vaglia è accaduto di perforare le membrane e provocare il parto prematuro, per errore di diagnosi.

D. Durata. — La durata della gravidanza extrauterina è diversa a norma della sua varietà, per la pos-

sibilità o non di distensione dei tessuti entro i quali essa si sviluppa.

Così, nella *interstiziale* di raro raggiunge il 4° mese; nella *tubarica* secondo alcuni il feto potrebbe arrivare al completo sviluppo, ma Stoltz dichiara che non oltrepassa il 4° o 5° mese. Nella gravidanza *ovarica* raramente si arriva al 6° o 7° mese; nella *addominale*, non solo il feto può raggiungere il suo completo sviluppo, ma morire e restare ivi per anni.

E. Esiti. — Questi, con lo Smedt, possono ridursi a tre capi: 1° rottura della ciste ad un'epoca variabile della gravidanza, morte del feto e della madre per emorragia; 2° il feto continua a svilupparsi, indi muore e subisce le trasformazioni cennate a proposito dell'*anatomia patologica*; 3° il feto determina nelle parti vicine un'inflammazione più o meno viva ed è eliminato per vie diverse.

F. Diagnosi. — Per la diagnosi bisogna prima conoscere l'esistenza della gravidanza extrauterina, distinguendola dalla uterina per i segni enumerati; in secondo luogo poi bisogna rilevare con quale varietà di gravidanza extrauterina si ha da fare.

La diagnosi differenziale può tentarsi solo nei primi tempi della gravidanza, poichè in un periodo più inoltrato tutte le varietà si convertono in addominali.

Si è detto:

Che nella *gravidanza tubarica* si ha: dolore profondo, sordo, fisso; tumore mobile; utero mobile ed inclinato dall'altro lato del tumore, cui aderisce.

Nella *gravidanza ovarica*: anche esiste il dolore, ma il tumore è più lontano dall'utero e più mobile.

Nell'*addominale*: utero meno sviluppato, più isolabile dal tumore; movimenti fetali facilmente palpabili e visibili sotto la pelle; tumore più largo e che arriva ad un periodo di sviluppo più avanzato.

G. Prognosi. — È grave per la madre e pel figlio, sia pel presente che per l'avvenire.

H. Cura. — Tutti gli ostetrici convengono che nel determinare i criterii della cura bisogna distinguere due periodi: 1° gravidanza in sotto del 4° o 5° mese; 2° gravidanza arrivata presso il termine normale ed anche al di là.

Dice Koller, essendo impossibile al principio distinguere quale è la varietà della gravidanza, bisogna trattarla come *tubarica*, ossia la più pericolosa.

Poichè questa varietà si può dire che termini sempre con la morte della madre, bisogna far cessare la gravidanza al più presto.

Allo scopo si son proposti i purganti salini ripetuti ed il salasso per indebolire la donna e la segala cornuta; mezzi inutili per la riuscita e pericolosi. Heim ed Osiander hanno consigliato la laparotomia, ma non si è mai praticata. Si è consigliata la puntura della ciste ed iniezione in essa di sostanze velenose dall'addome (Scanzoni) o dalla vagina (Braxton, Hicks, Simpson). Si è pensato pure d'uccidere il feto con l'elettricità (Dubois) o con la compressione di sacchetti di sabbia (Malin).

Tutti cotesti mezzi meriterebbero di essere valutati, quando si fosse già fatta la diagnosi, cosa difficile nei primi mesi. Ma quando la ciste si è rotta e si è innanzi ai sintomi dell'emorragia interna, si farà, come dice Keller, la gastrotomia, estraendo la ciste ed il feto? Qui gli ostetrici non sono d'accordo, giacchè Depaul e Cauwenberghe dicono che non bisogna intervenire chirurgicamente e solo limitarsi al freddo, all'oppio, ecc., mentre che Velpeau, Kiwisch, Duparcque, Koeberlé dicono si debba fare la gastrotomia.

Veramente, mentre la prima è l'opinione più diffusa in ostetricia, noi accettiamo la seconda.

La laparotomia oggi, seguendo i precetti d'una scrupolosa antisepsi, non è quell'operazione micidiale e pericolosa che nei tempi andati. Purchè siasi

ottenuta la completa asepsi, si può aprire impunemente l'addome ed allora si farà la laparotomia, la quale, dato il caso di assoluta impossibilità d'operare, nulla aggiungerà per se alla gravezza delle condizioni della donna e quindi sarà riuscita esplorativa, mentre poi in altri casi potrà salvare una vita quasi certamente perduta.

In regola generale quindi è da tentare sempre la laparotomia, eccettuato solo il caso che la donna si trovi in tali gravi condizioni da esserne prossima la fine.

Ma quando si tratta di gravidanza addominale, nella quale il feto d'ordinario arriva a termine, in che momento si deve intervenire? Allontanandosi dalle opinioni estreme, bisogna ritenere che quando è assicurata la vitalità del feto, verso il principio del 9° mese, prima cioè che s'avveri qualche accidente, sia il momento utile per l'intervento, che deve consistere nella laparotomia e, solo eccezionalmente, potrà farsi l'elitrotomia.

A feto morto, se vi saranno gravi disturbi che si ripetono ad intervalli, si farà la laparotomia; se infiammazioni, che di tanto in tanto si riacutizzano senza sintomi gravi, si farà la cura antiflogistica; se si hanno i segni della suppurazione circoscritta, si apra una via all'eliminazione di quei prodotti. Si tenga presente però che la ciste suppurata può aprirsi nel retto, nella vagina, nella vescica ecc. onde ristagno della marcia, febbre ecc. con tutti i pericoli per la donna derivanti da coteste alterazioni, per ricorrere alla laparotomia anche in siffatti rincontri.

Quando il feto si è mummificato, litopedion, e non provoca disturbi, non bisognerà occuparsene; altrimenti se ne farà l'estrazione.



PARTE SECONDA

PARTO

CAPO I.

DEL PARTO

A. Presentazioni. — B. Posizioni. — C. Fenomeni fisiologici. —
a. Contrazione uterina. — b. Dilatazione dell'orifizio. — c. Rottura del sacco. — d. Distensione del perineo. — e. Dilatazione della vulva. — D. Fenomeni meccanici. — E. Vertice. —
a. Cagioni. — b. Diagnosi. — c. Meccanismo. — F. Faccia. —
a. Cagioni. — b. Diagnosi. — c. Meccanismo. — G. Pelvi. —
a. Cagioni. — b. Diagnosi. — c. Meccanismo. — H. Tronco. —
a. Cagioni. — b. Diagnosi. — c. Meccanismo. — I. Prognosi delle presentazioni e posizioni del feto. — J. Assistenza al parto. — K. Cure pel neonato sano. — L. Cure pel neonato asfittico. — M. Secondamento. — N. Cure del secondamento. — O. Parto gemellare.

L'espulsione dell'uovo è ciò che dicesi parto, il quale va denominato *abortivo* se accade prima del 7° mese compiuto, *prematurato* fino al principio del 9° mese, a *termine* fino a 280 giorni dal concepimento, *tardivo* se dopo tale periodo. Il parto, come la gravidanza, può essere semplice e multiplo.

Se il parto è regolare, normale, dicesi *eutocico*, altrimenti si denomina *distocico*.

Perchè abbia luogo il parto eutocico ci vogliono le seguenti condizioni:

- 1.° Contrazioni uterine con forza sufficiente;
- 2.° Bacino regolarmente conformato;
- 3.° Parti molli (dall'orifizio uterino alla vulva) normali;
- 4.° Feto normalmente sviluppato e presentantesi per uno degli estremi del suo ovoide;
- 5.° Assenza di qualunque complicanza.

L'uovo è espulso in due tempi, prima il feto, indi la placenta e le membrane, perciò si dice la prima espulsione *travaglio*, la seconda *secondamento*.

D'ordinario il travaglio è preceduto da taluni *sin-tomi precursori*, cioè:

Abbassamento del fondo uterino—completa scomparsa del collo—aumento dello scolo vaginale—contrazioni uterine leggere e poco dolorose.

Intanto, per l'abbassamento del diaframma miglio-ra la funzione degli organi toracici, mentre aumenta il peso nel bacino con lo stimolo del retto e della vescica.

A. Presentazioni.—Per presentazione si qualifica la parte del feto che, al principio del travaglio, corrisponde al distretto superiore del bacino. Tutte le regioni fetali possono allora rinvenirsi all'entrata del bacino, ma cinque se ne distinguono come le ordinarie, cioè:

Vertice (testa flessa), *faccia* (testa estesa), *pelvi* (completa, natiche e piedi, incompleta, sole natiche, con procidenza poi di uno od entrambi i piedi od i ginocchi), *spalla destra* e *spalla sinistra*.

B. Posizioni.—Si denomina poi *posizione* il rapporto tra la regione presentata, con determinati punti del bacino. I punti di ritrovo scelti nel feto sono: l'occipite, per il vertice; il mento per la faccia; il sacro per la pelvi; l'acromion per la spalla.

I punti scelti sul bacino sono quelli donde partono

i diametri obbliqui, eminenze ileo-pettinee, sincondrosi sacro-iliache. Per la spalla vi sono due sole posizioni, destra e sinistra.

C. Fenomeni fisiologici. — I fenomeni del parto vanno divisi in 1° fisiologici, e 2° meccanici.

1.° I fenomeni fisiologici comprendono: *a.* la contrazione uterina, *b.* la dilatazione dell'orifizio uterino, *c.* la rottura delle membrane, *d.* la distensione del perineo, *e.* la dilatazione della vulva.

a. Contrazione uterina. — La contrazione dell'utero ha per caratteri di essere *dolorosa, intermittente, involontaria*. Essa si manifesta col dolore, ma questo è più in rapporto con la sensibilità della donna che con la forza delle contrazioni. Gl' intervalli tra le contrazioni si fanno sempre più brevi col progredire del travaglio. Non solo la contrazione dell'utero è indipendente dalla volontà, ma anche quella dei muscoli addominali, quando la testa fa pressione sul perineo.

I dolori, o contrazioni, vanno distinti in *dilatanti*, dal principio del travaglio alla completa dilatazione dell'orifizio, ed *espulsivi* che terminano con l'uscita del feto.

I primi dolori precursori diconsi pure *mosche*, gli ultimi *conquassanti*.

Durante i primi dolori la donna presenta l'aspetto della sofferenza, durante i secondi quello dello sforzo.

L'esistenza ed energia delle contrazioni si rileva dai seguenti criteri: indurimento dell'utero alla palpazione, direzione dei dolori dal sacro al pube, intermittenza e corrispondenza della contrazione con l'indurimento dell'utero, tensione dell'orifizio sotto il dolore e successiva dilatazione, sporgenza delle membrane durante la contrazione.

I dolori si dicono *veri* quando producono la dilatazione dell'orifizio uterino, altrimenti falsi.

b. Dilatazione dell'orifizio. — La dilatazione dell'o-

rifizio è il primo effetto delle contrazioni. Lenta al principio, si avvanza in seguito rapidamente e diviene completa quando le margini dell'orifizio uterino non più si distinguono dalle pareti vaginali. Non solo le contrazioni uterine, ma anche la pressione delle membrane e della regione presentata contribuiscono alla dilatazione.

Con la dilatazione l'orifizio uterino, che d'ordinario al termine della gravidanza si trova in dietro ed a sinistra, si porta nel centro dell'escavazione. La dilatazione segna il periodo del travaglio più lungo, più molesto e forse anche più importante. Quando essa è molto inoltrata si vedono i muchi sanguinolenti. In generale essa è più sollecita per quanto la contrazione è più forte, la rottura delle membrane più tardiva, la presentazione del feto più favorevole.

Col riscontro si rilevava ben presto il progredire della dilatazione, ma può incontrarsi difficoltà in siffatta indagine, 1° per la deviazione del collo che non si raggiunge, 2° per l'estrema sottigliezza delle margini dell'orifizio, che non si lascia distinguere. Nel primo caso si porterà il dito in alto ed in dietro; nel secondo insinuando il dito nella piccola depresssione rinvenuta.

c. Rottura del sacco. — Malamente si dice che il sacco delle acque si forma: è una parte delle membrane che, sotto la pressione, s'insinua nel punto di minore resistenza, indi cede.

La bozza sporgente quindi è in rapporto per volume e forma con la dilatazione dell'orifizio uterino, la quantità del liquido raccolta innanzi alla parte che si presenta. Così, nella presentazione del vertice, la bozza è poco voluminosa e piatta, pel facile adattamento della testa sul segmento inferiore dell'utero; nella presentazione della pelvi essa è voluminosa ed allungata; nelle gravidanze gemellari essa è doppia, od unica ma divisa da un setto.

D'ordinario le membrane si rompono quando la dilatazione è molto avanzata, se pure non è completa, allora incomincia il periodo di espulsione.

Ma le membrane possono rompersi sotto le prime contrazioni ed allora la rottura si dice *precoce*, ovvero resistere anche a dilatazione completa, ed allora la rottura si dice *tardiva*. Entrambi tali casi possono provocare incidenti.

Così nella rottura precoce 1° il feto si trova sottoposto più a lungo agli effetti della compressione, 2° può aversi emorragia da parziale scollamento della placenta per retrazione dell'utero, 3° la dilatazione è più lunga perchè manca uno dei fattori (attivo e passivo) che la produce.

Nella rottura tardiva poi può verificarsi 1° l'inerzia in seguito della lunga durata delle contrazioni, 2° l'emorragia per distacco prematuro della placenta spinta assieme con l'uovo.

La rottura delle membrane si dice *centrale*, *circolare* od *eccentrica* a seconda del modo o del luogo nel quale si produce, con essa naturalmente si modifica il modo di venir fuori delle acque.

Col riscontro si rileva subito la sporgenza della bozza che si tende sotto la contrazione uterina e che lascia passare il dito tra essa ed il collo dell'utero, come pure se ne rileva la rottura dal toccare a nudo la parte presentata.

d. Distensione del perineo.—Sotto gli sforzi della contrazione uterina, trasmessi per mezzo della parte presentata arrivata sul piano del perineo, questo si allunga, si distende, e si assottiglia in modo da formare una doccia che continua la parete posteriore del bacino. Ma se prima di subire siffatte modificazioni il perineo sempre resiste, la sua resistenza è diversa così nelle primipare che nelle multipare, quanto a norma della sua spessezza ed elasticità. Diremo come in certi casi il perineo possa resistere

in modo da impedire assolutamente l'espulsione del feto e come talvolta, ad onta di tutte le precauzioni, esso debba rompersi per forza.

c) *Dilatazione della vulva.* — L'ultimo ostacolo infine all'espulsione del feto è dato dall'orifizio vulvare, il quale, dopo aver resistito per un tempo più o meno lungo, finisce per cedere. Si comprende che s'incontrerà differenza di resistenza nelle primipare e nelle multipare ed in certi casi più che in altri, nei quali la dilatazione deve necessariamente accompagnarsi alla lacerazione della forchetta, che talvolta si estende pure al perineo.

D. Fenomeni meccanici. — Durante il travaglio del parto non solo si verificano i fenomeni di sopra esposti, quelli fisiologici, ma taluni altri da parte del feto i quali hanno per effetto: 1° d'impiccolire ed immobilizzare la parte presentata; 2° di favorirne la espulsione; 3° di adattare i diametri più lunghi di essa ai più lunghi del bacino, per renderne più agevole la fuori uscita: all'assieme di siffatti fenomeni si è dato il nome di *Meccanismo del parto*. Qualunque sia la parte presentata, perchè essa venisse all'esterno, si succedono un certo numero di movimenti, o tempi del meccanismo del parto, i quali sono uniformi, quantunque facessero realizzare in modo diverso lo stesso scopo.

Questi tempi sono al numero di otto, quattro per ciascuna regione fetale. Il feto, per l'interesse pratico nel travaglio del parto va diviso in due porzioni, testa e tronco. Ora ciascuna di coteste regioni esegue in realtà quattro movimenti: ma poichè il primo e secondo della seconda porzione del feto si esegue nello stesso tempo del terzo e quarto della prima porzione fetale, così si distinguono sei tempi solamente, cioè: — Riduzione della prima regione — sua discesa — sua rotazione — sua espulsione. Poi — rotazione della seconda regione — sua espulsione.

La riduzione si ottiene per la compressione fatta dalla contrazione uterina (potenza) da una parte, e dal canale pelvico e parti molli dall'altra (resistenza).

La discesa è il movimento pel quale la parte presentata si avvicina all'apertura d'uscita del piccolo bacino.

La rotazione serve a che la parte presentata adattasse i suoi diametri più lunghi a quelli più lunghi del bacino.

Lo sprigionamento è il movimento eseguito dalla parte presentata nel venire all'esterno. Allo stesso modo si avverano i due ultimi movimenti nella seconda regione fetale.

E. Vertice. — *a. Cagioni:* 1° della presentazione. In verità sconosciute; si è messa innanzi la teorica del capitombolo fetale, della sospensione per mezzo del cordone, dell'istinto del feto, dell'accomodazione del contenuto al contenente (Cazeaux). Secondo Jeau-court, le professioni attive provocano le presentazioni del vertice più frequentemente di quelle sedentanee.

2° della posizione. — La presenza del retto che diminuisce il diametro obliquo destro, la situazione degli psoas iliaci che diminuiscono il diametro trasverso, la poca estensione del diametro sacro-pubico, il peso dell'occipite e del dorso spiegano la grande frequenza delle posizioni anteriori.

Per la frequenza, sopra 20 parti 19 sono pel vertice. Per la posizione 14 in 1^a posizione, 5 nella 2^a 1 nelle altre.

b. Diagnosi: — 1° della presentazione. Domande relative alle regioni dell'addome nelle quali la madre ha sentito i movimenti fetali. *Esame* della forma ovoidale dell'addome. *Palpamento* della testa nella regione ipogastrica. *Ascoltazione:* massimo d'intensità dei battiti cardiaci sotto l'ombellico, nella parte

media d'una linea che va dall'ombellico alla cresta iliaca; la linea generale dei toni cardiaci è verticale (Depaul). *Riscontro*: gli elementi della diagnosi sono i frontali, la sutura interfrontale, la fontanella anteriore, la sutura sagittale, la fontanella posteriore inconstante, la sutura labdoidea rappresentata frequentemente da un accavallamento delle ossa che la costituiscono; si badi alla bozza sanguigna, che nasconde talvolta gli elementi della diagnosi. Il riscontro illustra maggiormente la diagnosi a misura che la testa discende.



Fig. 1. — Presentazione del vertice in 1ª posizione — Completa flessione.

2º della posizione. *Palpamento*. Le posizioni dorso-anteriore e posteriore possono essere riconosciute quando si è abituati alla palpazione delle parti fetali a traverso le pareti del ventre. *Ascoltazione*: massimo dei battiti cardiaci in avanti ed a sinistra nella 1ª posizione, in avanti ed a destra per la 3ª; in dietro ed a destra per la 2ª; in dietro

ed a sinistra per la 4ª; *Riscontro*, bisogna conoscere la direzione della sutura sagittale e la posizione delle fontanelle, specialmente di quella anteriore, relativamente alla direzione dei diversi diametri del bacino. *Attitudine* — Nella 1ª posizione il dorso del feto guarda in avanti ed a sinistra; la testa è posta in modo che il diametro occipito-frontale è parallelo al

diametro obliquo sinistro, il bi-parietale quasi all'obliquo destro.

Meccanismo. — *Nel vertice la riduzione della prima parte si ottiene per esagerata flessione (mento che poggia sul petto), mercè la quale il diametro occipito-frontale ($11 \frac{1}{2}$ centim.) è sostituito dal sotto-occipito-bregmatico ($9 \frac{1}{2}$ centim.) e la circonferenza sotto-occipito-bregmatica si sostituisce alla prima.*

La discesa è completa non solo quando la testa è arrivata sul piano perineale, ma quando le due bozze parietali corrispondono allo stesso livello nel di-stretto inferiore.

La rotazione si propone ed è completa quando lo occipite è arrivato dietro la sinfisi pubica, in modo che nello sprigionamento, il diametro più lungo della testa, occipito-frontale, corrisponde al più lungo dello stretto inferiore, il cocci-pubico.



Fig. 2. — Presentazione del vertice, — occipite rotato in avanti.

Lo sprigionamento si ottiene per estensione. L'occipite disceso si fissa sotto l'arcata del pube ed allora viene immobilizzato. Il solo punto mobile sul quale possono operare le contrazioni allora è il mento che corrisponde alla parte posteriore del bacino, quindi il mento si allontana dal petto ed in questo movimento la testa si estende percorrendo tutto il perineo e guardando

con la faccia la commessura posteriore della vulva.



Fig. 3. — Presentazione del vertice—Rotazione esterna della testa ed interna delle spalle.

La rotazione della seconda porzione porta una spalla sotto l'arcata pubica e quindi il diametro bi-acromiale in corrispondenza del cocci-pubico e l'occipite dal lato dove corrispondeva al principio del travaglio (*Restituzione degli antichi*).

Infine la seconda parte fetale si disimpegna, facendo in modo che la spalla posteriore descrivesse un



Fig. 4. — Presentazione del vertice — Disimpegno in occipito-posteriore.

movimento di rotazione intorno alla spalla anteriore fissata sotto l'arcata del pube. Uscite le spalle, subito dopo è espulso tutto il resto.

F. Faccia. — *Cagioni.* -1° Della presentazione, sconosciute. È probabile che, nel corso della gravidanza o nel principio del travaglio, la testa abbia incontrato in uno dei punti del bacino una resi-

stenza che l'abbia obbligata ad estendersi. Si è detto, senza dimostrarlo, che l'obliquità uterina, inducendo l'obliquità del feto, fosse la cagione dell'estensione della testa, pel fatto della resistenza esclusiva di una delle metà laterali dello stretto superiore.

2° Della posizione; come nel vertice.

Frequenza. Per la presentazione, 1 sopra circa 200 parti; per la posizione, la 1^a posizione (fronto-pettineo-sinistra) starebbe alla 2^a come 47 a 38 (Dubois).

Diagnosi. — 1° Della presentazione: *Palpamento*; bisogna riconoscere nel caso della fronto-pettineo-sinistra (la più frequente) una depressione tra l'occipite ed il dorso, che manca nella presentazione del vertice.

Ascoltazione. Il massimo d'intensità si trova un poco più in alto che nella presentazione del vertice. *Riscontro*: niente al principio del travaglio, giacchè gli elementi della presentazione si trovano troppo in alto; sacco delle acque meno largo che nella presentazione del vertice e che s' impegna facilmente nell'escavazione, per la facilità che ha il liquido amniotico d'accumularsi tra la parte presentata ed il segmento inferiore dell' utero; dopo rotto il sacco, si cerca la fronte, le orbite, il naso, la bocca, il mento. Lo infiltramento siero-sanguigno nasconde talvol-

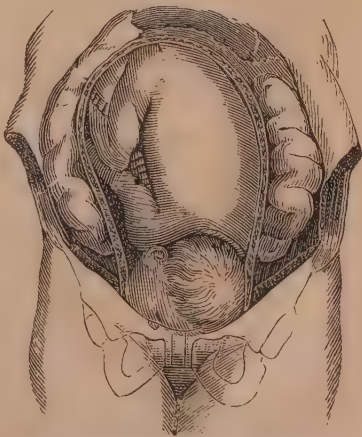


Fig. 5. — Presentazione della faccia in 1^a posizione.

ta codeste regioni; si distinguano bene dai segni della presentazione del vertice e della pelvi.

2° della posizione. *Ascoltazione*: come pel vertice; però, in certi casi, si sente meglio a destra nella posizione fronto-pettineo-sinistra. *Riscontro*: studiare la direzione della linea fronto-mentoniera, relativamente a quella dei diametri pelvici, ricercare il punto del bacino dove guarda l'apertura delle narici, ciò che dice la posizione della fronte e del mento.

Attitudine. Nella fronto-pettineo sinistra, la più frequente. Il tronco, come pel vertice, la testa estesa, il diametro mento-bregmatico parallelo all'obliquo sinistro, il bi-malare quasi parallelo all'obliquo destro.

c. Meccanismo. — Nella faccia la testa al principio del travaglio trovasi semi-estesa, ma sotto l'influenza delle solite forze, si estende completamente e quindi si riduce, relativamente al bacino, perchè,

invece del diametro mento-bregmatico (11 centim.), si presenta quello mento-frontale (8 centim.).

La discesa è incompleta, perchè limitata dalla lunghezza del collo. Per essere completa dovrebbe impegnarsi subito nello stesso tempo l'occipite e la parte superiore del tronco allo stretto superiore, ciò che è im-

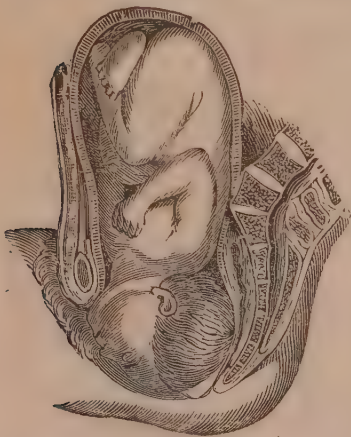


Fig. 6. — Presentazione della faccia —
Rotazione anteriore del mento.

possibile.

La rotazione ha per scopo di portare il mento pri-

ma dietro la sinfisi, indi sotto l'arcata del pube. In questo movimento non solo si adattano tra loro i diametri più lunghi, ma la lunghezza del collo viene a corrispondere a quella della sinfisi, onde la testa può completare la sua discesa.

Lo sprigionamento si fa allo stesso modo del vertice e per le stesse ragioni, ma per flessione, giacché la testa già trovavasi estesa.

Gli altri due tempi succedono del pari come pe vertice.

G. Pelvi. — Noi abbiamo parlato solo della presentazione pelvica, ossia quella nella quale al distretto superiore del bacino si presentano nello stesso tempo le natiche, gli organi genitali, gli arti inferiori, o meglio i piedi. Ma accade pure che tutte coteste parti non si presentino nello stesso tempo. Ciò non influisce per nulla

sul meccanismo del parto per la pelvi, ma solo sugli elementi della diagnosi della presentazione. Vi sono tre specie di presentazione incompleta: 1° quella nella quale gli arti inferiori, estesi, sono elevati lungo il piano anteriore del feto; 2° quella nella quale i piedi si sono avanzati nell'escavazione dopo la deflessione degli arti in-

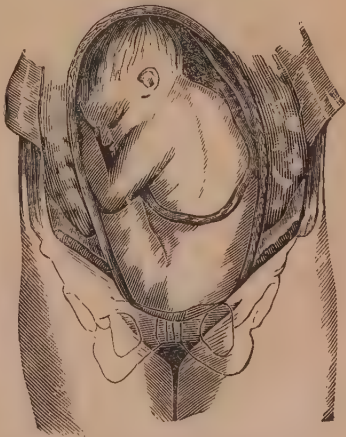


Fig. 7. — Presentazione della pelvi in 1ª posizione.

feriori (presentazione dei piedi); 3° quella nella quale i ginocchi sono penetrati nell'escavazione dopo la

deflessione delle cosce (presentazione dei ginocchi).

a. Cagioni. — 1° della presentazione. Spesso inapprezzabili; talvolta è una violenza, una caduta nel corso della gravidanza. Le presentazioni incomplete dipendono probabilmente da diverse resistenze incontrate dagli arti inferiori intorno allo stretto superiore, talvolta dalla loro discesa rapida nel momento della rottura brusca del sacco delle acque.

2° della posizione. Come pel vertice e per la faccia.

Frequenza. — Della presentazione, 1 sopra 34 parti. La presentazione completa è la più frequente; poi vengono le presentazioni incomplete nell'ordine seguente: 1° arti inferiori elevati sul piano anteriore del feto; 2° piedi; 3° ginocchi. Della posizione, la prima sta alla seconda come 121 a 42 (Naegele).



Fig. 8. — Presentazione della pelv con procidenza dei piedi.

b. Diagnosi. — 1° della presentazione. *Domande:* relative alla sede dei movimenti del feto. *Palpamento;* la testa si tocca nel segmento superiore dell'organo.

Ascoltazione: il massimo d'intensità è sensibilmente più elevato che nella presentazione del vertice e della faccia; si trova in sopra dell'ombelico. *Riscontro;* niente o quasi niente al principio del

travaglio; più tardi si riconoscono le natiche, il sacro, il coccige, l'ano, gl'ischi, gli organi genitali, i talloni.

2° della posizione. *Riscontro*: si cerchi la direzione del solco perineale e specialmente il punto del bacino che guarda la punta del coccige, ciò che dà la posizione del sacro. Nella presentazione delle sole natiche si faranno le medesime ricerche, nella presentazione dei piedi, si distinguerà il piede dalla mano per la disposizione del pollice, la spessezza relativa del margine esterno ed interno, l'angolo che fa il piede con la gamba; nella presentazione dei ginocchi, si fa la distinzione dai gomiti e dai talloni.

Attitudine.—Nella prima posizione, la più frequente, sacro-pettinea sinistra: il dorso sta in avanti ed a sinistra, la pelvi allo stretto superiore, il solco perineale parallelo al diametro obliquo sinistro.

Nella pelvi la riduzione è diretta per la reale diminuzione di volume delle parti sotto la compressione.

La discesa è completa quando entrambe le natiche si trovano allo stesso livello al distretto inferiore del bacino.

La rotazione ha per scopo di portare una natica dietro la sinfisi pubica, l'altra nell'escavazione

del sacro, e quindi il diametro bis-iliaco del feto in corrispondenza del cocci-pubico.

Lo sprigionamento si fa per un semplice movimento di progressione; comparisce prima la natica anteriore ma si disimpegna prima quella posteriore.

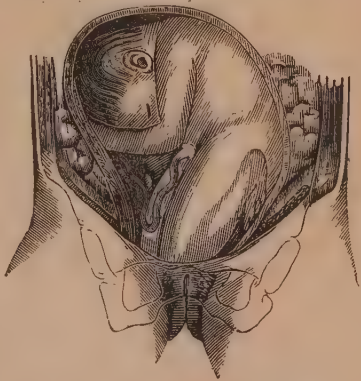


Fig. 9. — Presentazione della pelvi con procidenza dei ginocchi.

Nella rotazione della seconda porzione, l'occipite è portato dietro la sinfisi pubica.

Il disimpegno della testa si fa per flessione, perchè l'occipite è immobilizzato sotto l'arcata del pube.



Fig. 10. — Presentazione della spalla destra in 1^a posizione.

Tronco. Piano laterale destro e sinistro (Dubois), spalla destra e sinistra (Lachap).

a. Cagioni.—1.^o Della presentazione: sconosciute. Si è osservata la coincidenza della presentazione della spalla con l'inserzione viziosa della placenta (Cazeaux). I vizi pelvici, la piccolezza e mobilità del feto sono pure delle cagioni invocate, ma non bene dimostrate.

2.^o Della posizione. Il peso del piano posteriore del feto spiegherebbe la maggiore frequenza delle dorso-anteriori.

Frequenza. Della presentazione, 1 sopra 233 parti. Della posizione: 1^a della spalla destra, 2^a della spalla sinistra; 2^a della spalla destra, 1^a della spalla sinistra.

b. Diagnosi. — 1.^o Della presentazione. *Ispezione:* grande estensione del diametro trasversale dell'utero. *Palpamento:* si tocca la testa in una fossa iliaca.

Ascoltazione: il massimo dei toni cardiaci sta molto in sotto dell'ombellico, la loro linea d'estensione è trasversale. *Riscontro:* non si tocca nulla prima della dilatazione e della rottura del sacco; non si hanno allora che delle presunzioni; dopo la rottura del sacco il dito può incontrare: 1.^o la *spalla:* si cercherà di riconoscere la spina della scapola, l'acromion, l'angolo inferiore della scapola, gli spazi intercostali, l'ascella; 2.^o il *gomito:* si distinguerà dal calcagno e dalla rotula; 3.^o la *mano:* si distinguerà dal piede; si riconoscerà quale mano sia, portandola all'esterno e paragonandola alla propria; 4.^o il *torace:* si riconoscerà dagli spazi intercostali.

2.^o Della posizione. *Riscontro.*

1.^o Conosciuta la spalla, distinguere dove corrisponde l'ascella, ciò che indica dove trovasi l'acromion e ricercare se la scapola sta in avanti od in dietro, ciò che dinota dove corrisponde il dorso. 2.^o Conosciuto il gomito,

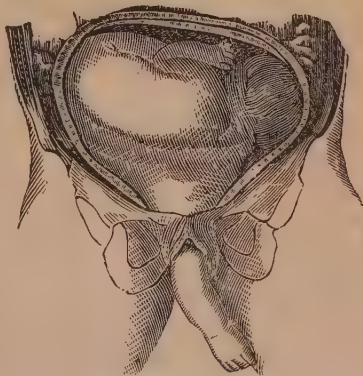


Fig. 11. — Spalla destra in 1.^a posizione con procidenza del braccio.

si distinguerà la posizione dove guarda la sporgenza dell'olecrano, ciò che indica dove sta l'acromion, si cerca inoltre se l'avambraccio, che occupa sempre il piano sternale del feto, sta in avanti od in dietro del

bacino, ciò che dinota dove trovasi il dorso. 3° Conosciuta la mano, si applicano le regole seguenti per risolvere sempre i due medesimi problemi: dove sta l'acromion? dove il dorso?



Fig. 12. — Evoluzione spontanea — Comincia il disimpegno.

Pollice a sinistra—Acromion a sinistra	} Purchè l'arto superiore non sia stato rotato e quindi abbia perduto i suoi rapporti naturali.
Pollice a destra — Acromion a destra	
Dorso della mano in avanti—Dorso in avanti	
Dorso della mano in dietro—Dorso in dietro	

Attitudine. Nella prima posizione della spalla destra il feto è situato trasversalmente, col dorso in avanti, l'acromion e la testa a sinistra.

Nella presentazione del *tronco* si ha una *riduzione* reale, per l'impicciolimento delle parti sotto la compressione; le estremità dell'ovoide fetale si avvicinano per un movimento d'*inflessione laterale del tronco*.

Nella *discesa* la spalla che si presenta si abbassa

di tanto nell'escavazione, per quanto lo permetta la lunghezza del collo.

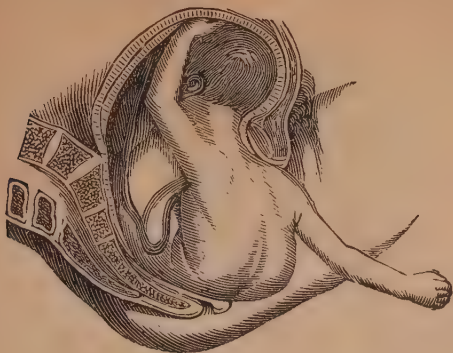


Fig. 13. — Evoluzione spontanea più avanzata.

Nella *rotazione* la piccola lunghezza del feto viene a mettersi quasi in rapporto con i diametri obliqui, la testa corrisponde in sopra di una delle branche orizzontali del pube, l'estremità pelvica alla sinfisi sacro iliaca del lato opposto.



Solo allora, corrispondendo la lunghezza del collo a

Fig. 14. — Evoluzione spontanea quasi completa.

quella della parete anteriore del bacino, la spalla discende in dietro, indi in sotto dell'arcata del pube.

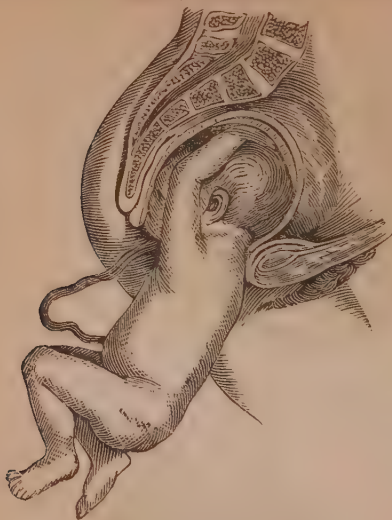


Fig. 15. — Evoluzione spontanea — Tronco disimpegnato.

Nel *disimpegno* la testa e la spalla inferiore sono immobilizzati, l'una sopra, l'altra sotto la sinfisi pubica, quindi le contrazioni opereranno sulla estremità posteriore. Il tronco allora, aumentando la sua inflessione, piegato a doppio, discende nel piccolo bacino e percorre la doccia sa-

cro-perineale. Dalla commessura anteriore si vede comparire: l'ascella, il fianco, l'anca, le natiche e gli arti inferiori.

Gli altri due tempi si verificano come nella presentazione della pelvi.

ANOMALIE NEL MECCANISMO DEL PARTO.

Che l'estremità cefalica si presenti la prima, o sia espulsa in ultimo, è possibile che manchi la rotazione anteriore (posizioni posteriori), ovvero succeda la rotazione posteriore, cioè che l'occipite od il mento guardino il sacro.

Quando si tratta di presentazione del vertice, non vi sarà nessuna differenza essenziale nel meccanismo del parto, è sempre per estensione che si disimpegna la testa, solo che la nuca, invece di fissarsi sotto l'arcata del pube, si fissa innanzi alla commessura anteriore del perineo.

Non è così però nella presentazione della faccia.

Quando il mento corrisponde all'indietro, il parto naturale è impossibile, giacchè il collo dovrebbe allungarsi quanto la parete posteriore del bacino, ovvero dovrebbe impegnarsi simultaneamente la testa estesa e le spalle.

Quando la testa è espulsa in ultimo, il meccanismo non varia, disimpegnandosi essa, o che l'occipite guardi in avanti, ovvero in dietro, sempre per estensione, solo che il punto dove si fissa la nuca ora è l'arcata del pube, ora la parte anteriore del perineo.

PROGNOSI DELLE PRESENTAZIONI E POSIZIONI DEL FETO.

Vertice.—La più favorevole pel feto e per la madre: per l'esatta corrispondenza delle parti—la maggiore facilità della dilatazione, stante l'impegno precedente della regione presentata—la maggiore facilità dei movimenti—perchè esce prima la parte più voluminosa.

Faccia.—Meno favorevole pel feto e per la madre: per la difficoltà dell'impegno ed incompleta discesa—la difficoltà della dilatazione dipendente dalla poca corrispondenza delle regioni—il difficile disimpegno della testa — la possibile morte del feto se il collo resta un poco a lungo compresso contro l'arcata pubica.

Pelvi.—Sfavorevole solo pel feto: perchè la dilatazione è meno agevole — la parte più voluminosa è espulsa quando le forze della donna sono esauste — perchè, ritardando la espulsione della testa, può ac-

cadere la compressione del cordone o lo scollamento della placenta.

Tronco.—Il parto spontaneo è eccezionale e si fa per *evoluzione spontanea* (meccanismo descritto). Per avverarsi ci vuole: il bacino ampio, il feto piccolo, le contrazioni molto forti. Il feto però spesso soccombe per la lunga durata della compressione subita. Alla presentazione del tronco può sostituirsi quella dell'estremo cefalico o pelvico, verificandosi quella che si dice *versione spontanea, cefalica o pelvica*. Di regola, nel parto pel tronco bisogna intervenire e presto.

ASSISTENZA AL PARTO.

Chiamati ad assistere una donna nel parto, bisogna assicurarsi dell'esistenza della gravidanza — della sua epoca — della realtà del travaglio — se è primipara o multipara e come in quest'ultima procedettero i parti precedenti — se il feto è vivo — se la presentazione è buona.

Dai segni da ricercare, già esposti in antecedenza, si arriverà a determinare la diagnosi precisa, onde qui non staremo a ripeterli.

Quello che fin da ora vogliamo dire, quantunque ce ne dovessimo occupare a lungo a proposito delle infezioni del puerperio e del modo di prevenirle, è che chiunque dovrà assistere una donna nel parto ha il più rigoroso e stretto obbligo di un'asepsi rigorosa, giacchè oggi è scientificamente e praticamente dimostrato che, quando si sa prevenire, la febbre puerperale non si sviluppa. Le pratiche da seguire nelle diverse disinfezioni saranno esposte a suo tempo, ma noi vogliamo che entri nella coscienza degli ostetrici di tutte le classi che questo è il loro principale dovere, e che un'antisepsi rigorosa salva la donna, e garantisce la loro riputazione. Salva la don-

na, perchè d'ordinario non è l'indicazione non indovinata, o la manovra non fatta secondo i precetti della scuola quella che uccide, ma il veleno settico che in un modo qualunque è arrivato sulle recenti soluzioni di continuo e quando tutto è preparato alla sua moltiplicazione ed assorbimento; garentisce la riputazione dell'ostetrico, giacchè anche un'operazione fatta non a proposito, o non in regola, sarà seguita da conseguenze meno gravi di quanto si sarebbe potuto aspettare.

In generale poi l'ostetrico, come la levatrice, non solo non praticherà mai il riscontro prima di aver disinfettato il dito e le vie da attraversare, in modo da avere la certezza che nulla di pericoloso si potesse introdurre dall'esterno; ma non lo ripeterà a brevi intervalli, come d'ordinario si costuma. Non vogliamo dire col Fritsch che due volte sia sufficiente di fare il riscontro, ma quattro o cinque volte, disinfettando sempre il dito, è più che sufficiente.

Le cure poi da apprestare alla donna variano A con i periodi del travaglio e B con la presentazione del feto.

A. *Nel primo periodo* la donna, volendo, può restare all'impiedi fino alla rottura del sacco, a meno che: non vi siano stati parti precipitosi antecedenti, o rottura prematura del sacco, che non vi sia vizio pelvico o presentazione viziosa del feto, o vi sia emorragia, ovvero antiversione esagerata dell'utero. Desiderando la donna da mangiare, le si darà solo brodo. Per i dolori lombari si farà leggiera compressione con le mani o vi si passerà una traversa alla quale potrà ella appoggiarsi nel momento delle contrazioni. Manifestandosi il vomito, si darà qualche gassosa. Per i crampi si faranno delle frizioni a secco. Se la dilatazione è completa, non vi sono altre controindicazioni ed il sacco resiste, se ne farà la rottura, spingendo col dito, o con una penna d'oca.

Secondo periodo. Bisogna far mettere la donna a letto, consigliarle di aggiungere alle contrazioni uterine quelle dei muscoli dell' addome e quindi badare a sostenere il perineo. Trattandosi della presentazione del vertice, bisogna impedire la brusca uscita della testa, per dar tempo alle parti di distendersi.

Il metodo classico, che consiste nel sostenere il perineo con l'applicazione della palma della mano sopra tale regione per prevenirne le rotture, dev'essere oggi abbandonato; le manovre di Dubois, di Joulin, e specialmente quelle di Depaul sono più logiche e più preservatrici. Dubois consigliava d'applicare la mano sul monte di venere e opporsi così con le dita alla testa fetale che vien fuori troppo rapidamente dalle vie genitali; Joulin, seguendo gli stessi criteri, passa la mano sinistra in sopra del ventre e sulla vulva e così si oppone alla fuoruscita della testa. Depaul adopera un metodo, che meglio riesce a proteggere il perineo. Mette due dita della mano sinistra alla commessura superiore della vulva e due della mano destra alla commessura inferiore. Le prime sostengono la testa in corrispondenza del punto centrale del suo movimento di deflessione, le seconde moderano la rapidità della deflessione nel punto dove questo movimento è più esteso e proteggono la commessura inferiore della vulva, controbilanciando lo sforzo della contrazione uterina.

B. Vertice.—Uscita la testa, si cercherà se esistono circolari di cordone attorno il collo e qualora non si possano togliere, si recideranno con le forbici, per impedire l'asfissia del feto, od un ritardo nella sua espulsione, od il distacco prematuro della placenta.

La testa espulsa dev'essere garentita dai liquidi che vengono fuori dalla vulva. Se le spalle non sono subito espulse, od il feto soffre, se ne solleverà la testa verso il pube tirando leggermente col dito intro-

dotto nell'ascella posteriore. Il feto espulso si mette trasversalmente sul letto col dorso alla vulva.

Faccia. Si terranno le stesse norme che per la presentazione del vertice, badando solamente di non comprimere troppo il perineo, nel sorreggerlo, per non esagerare la compressione del collo contro l'arcata pubica.

Pelvi. Bisogna fare a meno di qualunque trazione, specialmente nell'intervallo delle contrazioni, per evitare il sollevamento delle braccia e l'estensione della testa. Venute le natiche alla vulva, si cercherà di tirare il cordone in modo da formare una ansa, e se ciò non si raggiunge, lo si recide il più lontano possibile dall'ombelico, e, tenendolo stretto tra le dita, si espleterà subito il parto.

Restata la testa, si dirà alla donna di fare qualche sforzo per espellerla, e si solleverà il tronco del feto verso il lato dove corrisponde l'occipite.

Come regolarsi nella presentazione della spalla sarà detto a proposito del rivolgimento; se è la levatrice che assiste la donna, essa non mancherà di far chiamare subito l'ostetrico.

Le cure generali poi o preparativi pel parto sono le seguenti: vuotamento della vescica e del retto, allontanare la gente dalla camera, specialmente se mal tollerata; ascoltare di tanto in tanto per rilevare la vita del feto, far preparare il letto da parto, preparare ciò che serve pel feto, fasciatura del cordone, nettezza e vestizione. Le sedie ostetriche debbono essere assolutamente bandite, la donna deve partorire sul letto.

SECONDAMENTO

Secondamento o secondo parto va detta l'espulsione della placenta e delle membrane. Verso la fine del periodo di espulsione l'utero, retraendosi, incom-

mincia a distaccare la placenta e completa tale funzione dopo il parto. La placenta ora si distacca dal centro, ora da uno dei suoi margini, a norma del punto dove è inserita, e quindi cade sull'orifizio uterino ora per la sua faccia fetale, ora per quella materna avvolta sopra se stessa.

Nel secondamento si distinguono tre tempi: scollamento della placenta, sua caduta in vagina, sua espulsione. L'ostetrico deve rilevare se la placenta è distaccata e sorvegliarne la espulsione.

Che la placenta sia distaccata, si rileva: dalla retrazione dell'utero, utero ridotto sotto l'ombellico e duro; dalla contrazione dell'utero, nuovi dolori dopo il parto; dall'uscita del sangue, oscillante in proporzioni diverse a norma del momento e del modo di distacco della placenta; dalla presenza della placenta sull'orifizio, ciò che riconoscesi col riscontro fatto seguendo la guida del cordone. Facendo delle leggeri trazioni sul cordone, si verifica pure il distacco

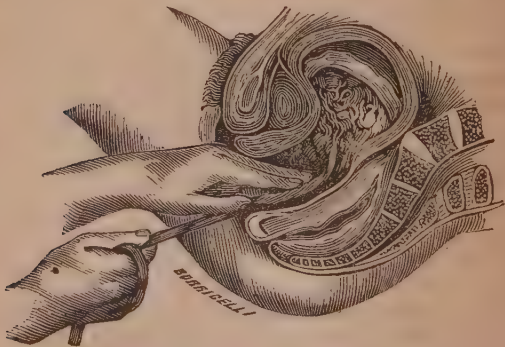


Fig. 16. — Estrazione della placenta dall'utero.

della placenta, dal rilevare con l'altra mano dall'addome l'infossamento o non della parete uterina.

CURE DA APPRESTARE NEL SECONDAMENTO

Bisogna 1° favorire il distacco della placenta; — 2° agevolarne la espulsione.

La prima indicazione si soddisfa eccitando la retrazione dell'utero, col massaggio sul fondo attraverso le pareti addominali.

La seconda indicazione si soddisfa facendo delle trazioni sul cordone, ma leggiere, in modo da non provocarne la rottura, nè da favorire l'inversione dell'utero. Si procederà così: Si avvolge parecchie volte intorno alla mano destra il cordone avvolto da un panno, mentre che la mano sinistra, poggiata sul fondo dell'utero, si assicura che l'organo non segue il movimento di trazione operato dall'altra mano. Quest'ultima farà le trazioni secondo l'asse del canale pelvi-perineale, cioè prima in basso ed in dietro, poi in basso ed in avanti. Quando la placenta è arrivata alla vulva, si prende con entrambe le mani e si roterà sopra se stessa per avvolgere le membrane e farle uscire più facilmente. Dopo averle estratte, bisogna esaminare la placenta, il cordone e le membrane per assicurarsi che tutti gli annessi sieno stati espulsi.

PARTO GEMELLARE

Frequenza delle presentazioni. Cazeaux stabilisce l'ordine seguente sopra 291 casi raccolti.

Due vertici	134
Un vertice ed una pelvi	115
Due pelvi	22
Un vertice ed una spalla	7
Una pelvi ed una spalla	2
Un vertice ed una faccia	1

Depaul ha pubblicato un quadro di 137 parti bigemini, il quale corrisponde con quello di Cazeaux per le presentazioni più frequenti; fa rilevare poi una distinzione importante tra la presentazione del vertice di un gemello e della pelvi dell' altro, circa la loro successione; infine la frequenza della procidenza degli arti.

Corso del parto. Esso è assai variabile; in generale però può dirsi che non ci ha differenza tra il parto semplice e quello gemellare, infuori dell'osservare in quest'ultimo due parti successivi separati da un intervallo, che in media è di tre quarti d'ora. Risulta già dal fatto del doppio travaglio che la madre subisce una stanchezza maggiore che nel parto semplice, stanchezza che si aggiunge agl'inconvenienti della gravidanza gemellare, cioè alla dispnea degli ultimi mesi, all'edema dei genitali e degli arti inferiori, alle varici di coteste regioni. L'utero, inoltre, essendo disteso più dell'ordinario, perde in parte la sua contrattilità, donde la lunghezza del periodo di dilatazione e l'inerzia consecutiva dell'utero. Si vede dunque a quali pericoli può esporre il parto gemellare e quali cure minute deve apprestare l'ostetrico che assiste al parto.

Non s'osservano però sempre due parti successivi, ma un solo travaglio, durante il quale le contrazioni al principio non operano che sopra uno dei gemelli o sopra entrambi, e quelle della fine sopra tutti e due in una volta.

Questo corso del travaglio, che è d'ordinario distocico, si osserva soprattutto quando due sacchi delle acque, ben distinti, si sono rotti simultaneamente ed, a più forte ragione, quando entrambi i gemelli sono contenuti nello stesso sacco: in queste condizioni, le contrazioni operano sopra i gemelli, il cui impegno accade simultaneamente o quasi; ma il parto si trova frequentemente arrestato dall'ostacolo presentato dall'uno dei gemelli all'espulsione dell'altro.

L'intervallo medio tra le due espulsioni è d'ordinario di $\frac{3}{4}$ d'ora, ma può essere solo di pochi minuti, di parecchi giorni di parecchie settimane e di parecchi mesi. Questi lunghi intervalli sono stati invocati in appoggio della dottrina della superfetazione e della superfecondazione, ma essi si applicano, in realtà, ai casi « di gravidanze gemellari, nei quali l'espulsione d'un primo feto è stata prematura, mentre la nascita del secondo accade a termine » (Depaul).

Pel secondamento è precetto di astenersi da ogni manovra dopo l'espulsione del primo feto, potendo provocarsi lo scollamento dell'altra placenta, e quindi emorragia e morte dell'altro feto. Se però, espulso il primo feto, la placenta si presentasse alla vulva e divenisse ostacolo alla fuoruscita del secondo, se ne farebbe l'estrazione. Espulsi entrambi i gemelli, si faranno le trazioni sopra un solo cordone, per fare impegnare la placenta per una delle sue margini. Infine, prima d'estrarre la placenta, si badi alla completa retrazione dell'utero, tenendo innanzi la possibilità dell'emorragia da inerzia secondaria.

CURE PEL NEONATO SANO

Si applicherà una prima ligatura sul cordone un 6 cent. lontano dall'ombellico, badando che non vi sia ernia, la quale si dovrà prima ridurre. Una seconda ligatura si farà 3 a 4 cent. più sopra per non fare uscire sangue dalla placenta che sporca tutto e per fare che essa, così, più pesante si distacchi più presto, indi si taglierà nel mezzo. La ligatura sul capo placentare del cordone è indispensabile solo nel parto gemellare.

Col dito mignolo introdotto nella bocca del feto, la si libererà dal muco che vi si potrà trovare, indi si spalmerà il corpo con una sostanza grassa, olio, bur-

ro ecc. e si farà il bagno alla temperatura di 28° R. per 5 a 10 minuti, poi si asciugherà ben bene e si osserveranno gli orifizi naturali, bocca, ano, meato urinario per assicurarsi della loro buona conformazione.

Si fascierà il cordone, mettendovi prima una compressa quadrata forata nel mezzo, indi una fasciolina a corpo, il cordone si poggia sul lato sinistro del ventre. La fasciatura del cordone si ripete per 5 a 6 giorni, ed appena da esso fuoriesce un poco di liquido, vi si mette della polvere comune di riso od amido, poi, quando esso cade, un poco di unguento di cerato e solo dopo un mese si toglierà in tutto la fasciolina.

CURE PEL NEONATO ASFITTICO

Lo stimolo dell'aria esterna sulla cute del neonato determina per via riflessa la prima inspirazione. Ma talvolta esso non respira, non grida, sembra morto e questo stato è quello che va detta *asfissia*, la quale può essere provocata: da un ostacolo qualunque alla circolazione utero-placentare, da un maltrattamento subito dal feto per lunga compressione, o sofferenza nella espulsione od estrazione, da qualche liquido o membrana nella bocca che impedisce l'entrata dell'aria.

Si distingue un'*asfissia bianca*, o *sincopale*, nella quale il feto nasce pallido, sporco di meconio, le membra in risoluzione, la mascella inferiore pendente, da un'*asfissia rossa*, *apoplettica* o *congestiva*, nella quale il feto fuoriesce di colorito rosso-scuro, con lividure sul corpo, le membra rigide, gli occhi iniettati di sangue, il collo e le labbra tumide, la lingua incollata al palato. Nella prima forma la cagione ha operato rapidamente, lentamente nell'altra.

Quanto alla gravezza, l'*asfissia* presenta tre gradi. nel primo la respirazione tende a stabilirsi con qual-

che inspirazione o grido interrotto, ma non si stabilisce. Nel secondo manca il vagito ed appena ad intervalli si solleva un poco la base del petto. Il cuore si sente battere con la palpazione. Nel terzo grado il bambino si direbbe morto, se i rumori cardiaci non lo rivelassero vivo.

Le cure si riducono: a rendere libere le vie del respiro, stimolare la superficie cutanea, insufflare aria nei polmoni.

Il primo scopo si raggiunge nettando la bocca col dito o la barba d'una penna. Il secondo con la doccia fredda o calda e fredda, le frizioni sul petto con la mano o con un pezzo di flanella imbevuto nello spirito di vino, l'aceto, l'acqua di Colonia, l'altalena del bambino all'aria fresca e la respirazione artificiale, facendo odorare l'ammoniaca ecc. L'insufflazione poi va fatta con la cannula di Chaussier introdotta nel laringe, e deve continuarsi fino a che il cuore del feto pulsa. Bisogna insistere in tali pratiche che talvolta dopo due ore il feto tornò in vita.

CAPO II.

DISTOCIA MATERNA

Art. I. — VIZII DEL BACINO.

1. Bacino troppo grande — 2. Bacino con inclinazione anormale — 3. Bacino troppo stretto: *A.* Bacino piatto — *B.* Bacino rachitico — *C.* Bacino osteomalacico — *D.* Bacino obliquo ovalare — *E.* Bacino alterato per lordosi — *F.* Bacino alterato per scoliosi — *G.* Bacino cifotico — *H.* Bacino spondilolistesico — *I.* Bacino spondilizematico — *J.* Bacino alterato per lussazione coxo-femorale — *K.* Bacino viziato per ostruzione.

Etiologia generale dei vizii pelvici — Sintomatologia e diagnosi (*Interrogatorio — Esame generale — Esame locale — Pelvimetria — Ricontro*) — Dimensioni del bacino normale — Corso della gravidanza nei bacini viziati — (*1. Fenomeni fisiologici — 2. Fenomeni meccanici*) — Corso del parto nei bacini viziati — Prognosi — Indicazioni e cura dei vizii del bacino — (*Restrignimento di 1°, 2° e 3° grado; nel corso della gravidanza ed a termine, o quasi*).

Sempre che il bacino, allontanandosi dal tipo normale, può rendere difficile o pericoloso il parto per la madre o pel figlio, si dice che è viziato. Il vizio può cadere sulla forma, sulla struttura, sulle dimensioni, sulla cattiva direzione dei suoi piani e dei suoi assi epperò si fanno tre grandi divisioni cioè: 1° Bacino troppo grande; 2° Bacino con inclinazione anormale; 3° Bacino troppo stretto.

1° Bacino troppo grande. — Depaul e Cazeaux hanno stabilito che anche siffatti bacini dovessero classificarsi tra i viziati, ad onta delle osservazioni mosse dallo Joulin intorno al nessuno ostacolo da essi presentato al parto. Taluni ostetrici ritengono il bacino troppo ampio come sfavorevole solo nelle multipare, in cui il perineo malamente può sostenere l'utero gravido ed i ligamenti rilasciati fanno godere all'organo una mobilità maggiore.

In questi bacini: nello stato di vacuità, l'utero è più esposto agli spostamenti; — nella gravidanza, l'utero resta più a lungo nel piccolo bacino, ostacolando la funzione della vescica e del retto e predisponendo alla retroversione; — nel travaglio, può esser favorito il parto precipitoso; — nel puerperio sono agevolati ancora gli spostamenti uterini.

2° Bacino con inclinazione anormale. — Lenoir ha fatto per questi bacini una classe speciale; ma l'osservazione di tutti i tempi ha dimostrato che non mai per mutamento della normale inclinazione del

bacino ha avuto luogo la distocia, ma sibbene pel vizio pelvico concomitante.

3° Bacino troppo stretto.— È questa la vera specie di bacino viziato, che bisogna bene distinguere per poterne ricavare le giuste indicazioni per l'intervento, così nella gravidanza, come nel parto.

La classificazione degli svariati vizii del bacino è una delle cose più difficili, giacchè coloro che hanno fatto grandi divisioni considerando il vizio in rapporto all'accorciamento di ciascun diametro, hanno dovuto mettere assieme bacini, che per ragioni diversissime di patogenesi e di anatomia patologica avrebbero dovuto andare distinti. Altri poi, che hanno voluto guardare solo la forma del bacino per ricavarne da essa i dati clinici diagnostici e terapeutici, piuttosto che una classificazione, hanno fatto delle enumerazioni impossibili a tener presenti. Epperò, avuto riguardo alla natura del nostro libro, noi ci limiteremo ad esporre i grandi tipi, considerandoli nello stesso tempo dal lato patogenico, anatomo-patologico e clinico.

Ed innanzi tutto bisogna far rilevare come il bacino possa essere generalmente e parzialmente ristretto.

In certe nane ed in certe donne con uno scheletro molto gracile e poco sviluppato, il bacino ha conservato le sue dimensioni infantili. I rapporti di proporzione tra le diverse parti del bacino sono conservati, ma il bacino tutto quanto è più piccolo di quello che dovrebbe essere.

Il bacino poi irregolarmente ristretto è quello che s'incontra più ordinariamente. Il vizio può cadere sopra un punto qualunque del bacino, ma, per non allontanarci dai tre tipi fondamentali stabiliti dal Dubois, diremo: 1° vi può essere accorciamento del diametro antero-posteriore, donde risulta il *bacino piatto*; 2° vi può essere accorciamento dei diametri o-

bliqui, onde l'infossamento delle pareti antero-laterali; 3° vi può essere accorciamento del diametro trasverso, onde appiattimento laterale del bacino.

Ma poichè cotesti vizii irregolari possono dipendere da cagioni svariate, non potendo entrare in particolarità troppo speciali, esporremo solo i grandi tipi a cui le diverse forme secondarie possono essere rapportate.

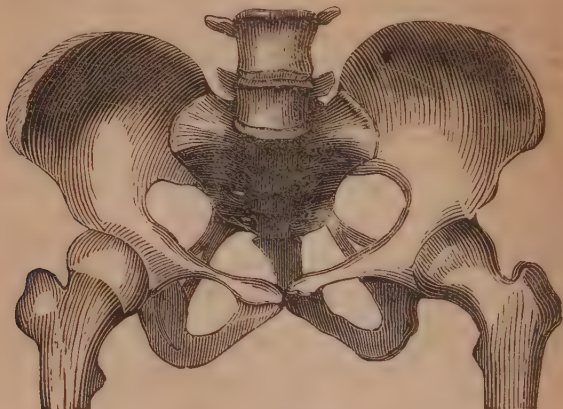


Fig. 17. — Bacino piatto.

A. Bacino piatto. — Questa varietà di vizio pelvico, caratterizzato principalmente dalla riduzione del diametro sacro-pubico, era stata riferita fino a poco tempo fa esclusivamente al rachitismo. Ma i tedeschi ritengono, specialmente Schroeder e Spiegelberg, che esso in molti casi non dipenda dal rachitismo, ma dall'aver fatto camminare troppo presto le bambine, specialmente portando pesi sulla testa. — 1° *Ossa in particolare.* *Sacro:* poco o niente modificato nella sua curva, conserva le sue dimensioni normali, solamente la sua base è un poco più sporgente in avanti. *Ossa iliache:* sono un poco più larghe, le spine ilia-

che posteriori e superiori sono più ravvicinate, la sinfisi pubica è più appiattita. — 2° *Considerato in generale*, il bacino in certi casi mostra le note del rachitismo, in altri non presenta a primo aspetto nessuna alterazione, ma, considerando bene, si rileva che la sua parete anteriore è un poco più ravvicinata a quella posteriore e che la base del sacro è più sporgente, onde accorciamento del diametro sacro-pubico, aumento di quello bis-iliaco.

B. Bacino rachitico. — 1° *Ossa in particolare*, caratteri più costanti; *sacro* più piccolo del normale, molto obliquo in basso ed in dietro, angolo sacro-vertebrale procidente, donde restringimento di tutti i diametri tirati dalla sinfisi pubica al promontorio, aumentato invece il diametro cocci-pubico e l'insellatura lombare; faccia anteriore meno concava, o piana od anche convessa, che può pure essere inclinata lateralmente; *coccige* più piccolo, il suo apice è d'ordinario spostato all'indietro, raramente è diretto

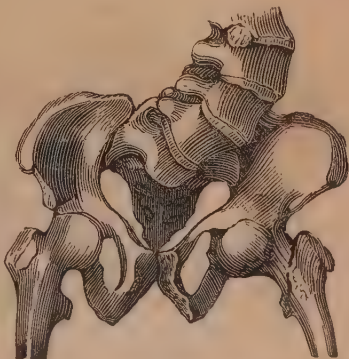


Fig. 18. — Bacino rachitico.

in avanti e contorto ad uncino come nell'osteomalacia; *ossa iliache* più piccole, fosse iliache appiattite ed inclinate in avanti, spine iliache dirette in fuori, pube portato in dietro, arcata pubica slargata, ischi divaricati in fuori. 2° *Considerato in generale*: grande bacino più piccolo, distanza tra le spine iliache diminuita, ad onta che queste apofisi fossero tirate in

fuori; stretto superiore meno ampio nei suoi diametri sacro-pubici specialmente, circonferenza di questo distretto a forma di carta da giuoco, ad 8 in cifra: escavazione diminuita, specialmente nei diametri sacro-pubici: distretto inferiore aumentato in tutti i suoi diametri, meno nel caso eccezionale, in cui il coccige sia portato in avanti. È da tener sempre innanzi che il bacino rachitico in certi casi non rappresenta un tipo puro e che può, in condizioni speciali, perdere la sua fisionomia generale e rassomigliare ad un bacino viziato per altra cagione.

C. Bacino osteomalacico. — 1° *Ossa in particolare.* *Sacro*: faccia anteriore più concava; *coccige* che continua la curva esagerata del sacro, formando



Fig. 19. — Bacino osteomalacico.

ununcino ossa iliache; le fosse iliache interne; formano due docce oblique in basso ed in dentro; le cavità cotiloidee sono spinte in dentro; le tu-

berosità ischiatiche ravvicinate, come le branche ascendenti dell'ischio e discendenti dal pube; le branche orizzontali ed il corpo del pube sono portate in avanti. 2° *Considerato in generale*, il grande bacino presenta due docce laterali; il distretto superiore è diminuito nei suoi diametri trasverso ed obliqui, mentre che è allungato nel diametro antero-posteriore, perchè il pube a modo di rostro è portato in avanti. Ma

si noti, che ad onta della maggiore lunghezza reale del diametro sacro-pubico, manca lo spazio per l'impegno della testa, giacchè la porzione esistente tra le branche orizzontali dei pubi sporgenti allo innanzi non può essere utilizzata. La circonferenza dello stretto superiore è egualmente modificata da quella sporgenza del pube all'innanzi; l'escavazione è ridotta di capacità in tutti i suoi diametri, giacchè le pareti laterali fanno sporgenza in dentro; l'arcata pubica è più o meno ristretta fino a scomparire quasi del tutto in certe forme, pel forte ravvicinamento delle branche discendenti del pube ed ascendenti dell'ischio.

Quanto all'osservazione del tipo distinto e netto, bisogna fare le stesse considerazioni che pel bacino rachitico.

D. Bacino obliquo ovalare. — Ecco quali sono i

caratteri di questo bacino, studiato esattamente dal Naegele. È più piccolo dei bacini ordinari. È ristretto specialmente

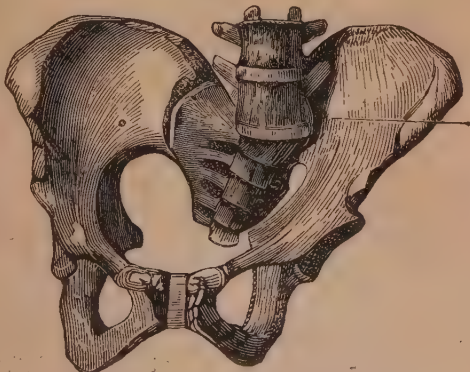


Fig. 20. — Bacino obliquo ovalare.

nel senso di uno dei diametri obliqui. Presenta una ovale nella forma del suo distretto superiore. In uno dei lati manca l'articolazione sacro-iliaca, vi è anchilosi ossea completa; secondo certi autori, siffatta fusione delle ossa sarebbe congenita; per altri poi

sarebbe consecutiva all'inflammazione di quell'articolazione. V'esiste un arresto di sviluppo della metà del sacro corrispondente all'anchilosi sacro-iliaca. La faccia anteriore del sacro guarda più o meno il lato dal quale trovasi la fusione ossea. La linea che va dall'articolazione sacro-iliaca anchilosata al margine superiore della sinfisi pubica, ossia, in altri termini, la metà della linea innominata corrispondente al lato leso segna una linea retta. La sinfisi pubica, mediana nei bacini normali è deviata nel bacino obliquo ovalare: essa si porta verso il lato opposto a quello dal quale esiste l'anchilosi sacro-iliaca.

E. Bacino alterato per lordosi. — La sola lordosi lombo-sacrale interessa l'ostetrico. Suo principale effetto è di aumentare l'inclinazione del bacino. Quando poi la lordosi è ligata al rachitismo, s'osserva la sporgenza del promontorio del sacro, d'onde un restringimento più o meno notevole del diametro antero-posteriore.

F. Bacino alterato per scoliosi. — Solamente quando la scoliosi dipende dal rachitismo e quindi si produce nei primi tempi dello sviluppo, influisce sulla forma e sulla dimensione del bacino. La forma generale del bacino è rapportabile al rachitico. Il carattere principale è l'asimmetria del bacino e la lunghezza diversa dei diametri obliqui.

G. Bacino cifotico. — La cifosi può influire da sola sul bacino e quindi dare una forma con caratteri speciali oggi ben definita e che bisogna conoscere; ovvero può combinarsi con la scoliosi, e con questa ed il rachitismo.

Cifosi pura. 1° *Ossa in particolare.* *Sacro* : più largo in corrispondenza del suo primo paio di fori che alla base, ma in totalità più piccolo del normale. La sua convessità posteriore è diminuita parallelamente alla deformazione della sua faccia anteriore;

la concavità è diminuita. Altezza totale del sacro diminuita. *Ossa iliache*: sembra che abbiano subito una rotazione intorno ad un asse antero-posteriore,



Fig. 21. — Bacino cefotico.

in modo che le parti inferiori, gl' ischi, sono ravvicinate; le superiori, le creste iliache, sono allontanate. Esse sono più lunghe d'avanti in dietro, le fosse iliache sono piatte, le spine iliache posteriori-inferiori sono più lontane delle corrispondenti superiori. Incisura sciatica più larga. Branche orizzontali del pube, che formano un angolo acuto e poi s'inclinano fortemente in dietro. 2° *Considerato in modo generale*, il bacino presenta la forma d'imbuto; il grande bacino ed il distretto superiore sono più larghi, principalmente nel diametro antero-posteriore, il distretto inferiore più piccolo, specialmente nel diametro trasverso. Però, dice Pinard, se allo stretto superio-

re il diametro antero-posteriore vero, cioè la distanza sacro-sopra-pubica è aumentata, il diametro antero-posteriore utile, cioè la distanza tra il punto più sporgente del sacro e la faccia posteriore della sinfisi è quasi quanto quello antero posteriore del bacino normale. Le difficoltà nel parto s'incontrano principalmente allo stretto inferiore.

H. Bacino spondilolistesico. — È quello caratterizzato dallo scorrimento della metà anteriore della



Fig. 22. — Bacino spondilolistesico.

5^a o 4^a vertebra lombare innanzi alla base del sacro. 1° *Ossa in particolare. Sacro:* la sua curva ora è aumentata ed ora diminuita; le apofisi spinose sono più sporgenti, perchè la sua base è respinta

all'indietro; il canale vertebrale spesso è appiattito a livello della prima vertebra sacrale. *Ossa iliache:* esse hanno subito una rotazione intorno ad un asse antero-posteriore; la curva della parte posteriore delle ossa iliache è meno accentuata, la linea innominata è più estesa, meno curva, l'osso è più allungato, ma meno alto; i pubi sono ravvicinati nella parte inferiore, allontanati un poco nella superiore; le tuberosità ischiatiche sono più vicine tra loro. 2° *Considerato poi in modo generale,* il gran bacino è più largo nel senso del diametro trasverso; al distretto su-

periore la coniugata vera non ha nessun valore ed il diametro che la sostituisce va tirato dalla sommità del pube alla parte più sporgente della colonna lombare. Un carattere molto importante è l'esagerata lordosi lombo-sacrale con diminuzione dell'in-

clinazione del bacino (Neugebauer). Può aggiungervi si la scoliosi lombare ed allora il bacino è asimmetrico ed i diametri obliqui possono essere diversissimi. L'escavazione è ristretta nel senso antero-posteriore per lo scorrimento vertebrale, trasversalmente per la rotazione delle ossa ilia-



Fig. 23. — Bacino spondilizematico.

che. Il diametro più ristretto allo stretto inferiore e il trasverso pel ravvicinamento degli ischi, ma può esserlo pure alquanto l'antero-posteriore per l'aumentata curva del sacro.

I. Bacino spondilizematico, *pelvis obiecta* di Kilian, è quello nel quale, per distruzione di uno o più corpi delle ultime vertebre lombari o sacrali, la colonna vertebrale s'inclina sullo stretto superiore in modo quasi da ricoprirlo.

Sacro: È l'osso quasi esclusivamente modificato in questa specie di vizio pelvico. Esso è molto più corto e pare che con le forbici se ne fosse asportata la parte superiore. La colonna lombare, invece di formare col sacro un'angolo sporgente in avanti, il promontorio, s'inserisce sul sacro ad angolo ottuso aperto in avanti. La colonna vertebrale si trova così inclinata in avanti, che la sua terza vertebra non è lontana dal pube più di 8 centimetri. Il corpo della 5^a vertebra lombare è scomparso.

Il canale sacrale è largo e beante; l'apofisi spinosa e trasversa della 3^a vertebra lombare coprono esattamente quelle delle altre due vertebre. Nello spondilizema il diametro sacro-pubico conserva la sua

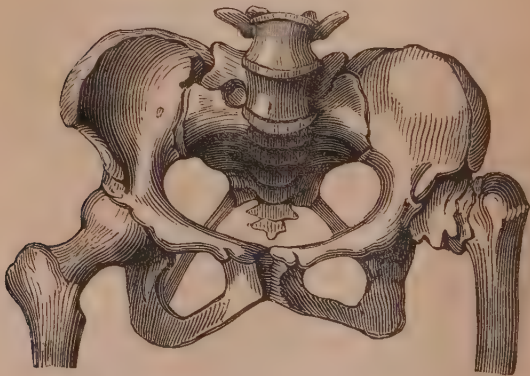


Fig. 24. — Bacino viziato per lussazione coxo-femorale.

lunghezza ed è anche più lungo talvolta, per la diminuita altezza della base del sacro, ma la distanza veramente utile tra il corpo di una delle vertebre

lombari o dorsali è tale da non permettere l'impegno della parte presentata.

J. Bacino viziato per lussazione coxo-femorale. — 1° *Lussazione semplice.* Essa produce una deviazione in basso del lato lussato in seguito della pressione predominante del femore sano sulla cavità cotiloide corrispondente; una spinta in dentro della fossa iliaca del lato leso pel fatto della pressione esercitata dalla testa del femore lussata; una inclinazione in fuori della tuberosità ischiatica del lato infermo pel fatto del movimento inverso della fossa iliaca dello stesso lato, essendo inoltre favorito questo movimento dell'ischio dalla trazione esercitata dai muscoli che vanno dal gran trocantere alla tuberosità ischiatica, infine, nella lussazione congenita, un

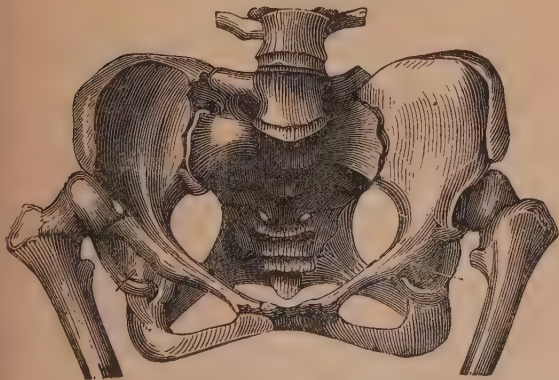


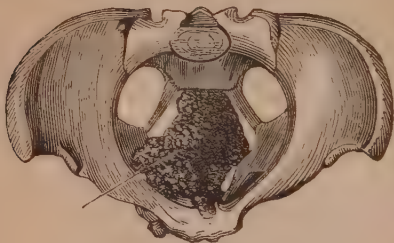
Fig. 25. — Lussazione doppia.

arresto di sviluppo dell'osso iliaco del lato offeso. Tutte cotèste azioni inducono la leggiera diminuzione dei diametri trasverso ed obliqui del distretto su-

periore e l'aumento del diametro trasverso dello stretto inferiore. Questa specie di bacino raramente diviene cagione di distocia.

2° *Lussazione doppia*. — In questo caso vi ha doppia pressione delle teste dei femori sulle fosse iliaiche, d'onde diminuzione del diametro trasverso dello stretto superiore ed aumento dello stesso diametro allo stretto inferiore.

K. Bacino viziato per ostruzione. — Talvolta i



distretti o l'escavazione del bacino sono più o meno impicciolite da tumori di natura assai diversa, appartenenti al bacino stesso, ovvero degli organi in esso

contenuti. Coteste neoformazioni per l'ostetrico tengono importanza diversa a norma della loro sede, forma, volume, consistenza e possono in certi casi rendere addirittura impossibile il parto dalle vie naturali.

ETIOLOGIA GENERALE DEI VIZII PELVICI.

Le deformità dello scheletro, considerate in modo generico, altra cosa non sono che *esagerazioni di direzioni e disposizioni normali*. Perchè una deformità si sviluppi ci vogliono dunque tre condizioni predisponenti: 1° *La disposizione fisiologica della parte alla deformazione*; 2° *La predisposizione di tutti i tessuti della parte a subire la deformazione*; 3° *Le con-*

dizioni speciali che esagerano o modificano il peso, o la direzione del peso delle parti sovrapposte. Con questi criterii generali può darsi scientificamente ragione così delle deformazioni rachitiche del bacino, come di quelle spondilolistesiche; così di quelle per lussazione coxo-femorale, come di quelle del bacino obliquo ovalare.

Solamente, per comprendere in qual modo la modificata resistenza delle ossa, o direzione del peso sovrapposto possa modificare la forma del bacino, è indispensabile tenere innanzi quali sono le forze che influiscono nel fare che esso prenda la forma ordinaria. È necessario ci dilungassimo un poco in cosa di tanta importanza.

Egli è noto come la configurazione generale del bacino, così in condizioni normali come in quelle patologiche, dipenda in massima parte dalle svariate forze che operano su di esso e per le quali il bacino passa dallo stato infantile in quello adulto. Tutti gli ostetrici oramai convengono che tali forze possano ridursi a tre: 1° l'azione del peso del tronco; 2° le trazioni esercitate dai legamenti sacro-iliaci e della sinfisi pubica; 3° la contropressione dei femori nelle cavità cotiloidee. A questi fattori però bisogna aggiungere pure l'influenza dell'accrescimento uguale od ineguale delle differenti ossa.

Il peso del tronco, operando d'alto in basso e da dietro in avanti, viene trasmesso a traverso il corpo delle vertebre fino alla base del sacro, che del pari viene spinta in basso ed in avanti. Ma questa, trovandosi incastrata tra le ossa iliache, può spostarsi solamente per quanto lo permettono la cedevolezza dei ligamenti e la flessibilità delle ossa, nei primi anni della vita.

Tutti sanno poi come il sacro rappresenti un doppio cuneo, l'uno longitudinale, l'altro secondo la spessezza posto nella parte posteriore delle ossa ilia-

che, onde nella stazione eretta non può essere spinto in basso, senza che quelle venissero divaricate, mentre per la sua stessa forma può venire spinto in avanti e non indietro.

Ora è proprio per la disposizione anatomica delle parti, che il sacro, fissato saldamente tra le ossa iliache, deve oscillare, a norma che muta il centro d'azione del peso trasmesso al medesimo dal tronco, intorno ad un asse trasversale, portando la sua base in basso ed in avanti, mentre la sua punta tenderebbe a portarsi in alto ed in dietro. Ma a questa facilità di mutamento di posizione si oppongono dall'una parte i ligamenti sacro-iliaci anteriori e posteriori nonchè l'ileo-lombare, dall'altra i ligamenti sacro-spinoso e sacro-tuberoso. I primi di tali ligamenti non fanno scendere in basso ed in avanti la base del sacro, mentre i secondi poi non ne fanno portare la punta in alto ed in dietro.

Succede allora che, non potendosi mutare la direzione dell'osso, ne vien mutata la forma e quindi la normale curva sacrale, più sensibile in corrispondenza della sua terza vertebra.

Gli ostetrici inoltre han fatto rilevare che quella stessa forza rappresentata dall'azione del peso del tronco, che tenderebbe a spostare nel modo cennato la base del sacro, cioè in basso ed in avanti, induce una tensione dei ligamenti sacro-iliaci posteriori, la quale sarà più o meno notevole non solo in proporzione dell'aumento del peso sulle sezioni superiori, ma benanco della direzione di esso. Ora una tale tensione tende a far sempre maggiormente ravvicinare le porzioni posteriori delle ossa iliache, mentre che poi per un movimento di leva le anteriori resterebbero fra loro allontanate. A questo divaricamento anteriore si oppongono i robusti ligamenti della sinfisi pubica, onde le ossa iliache sono obbligate esse stesse a subire una inflessione per la quale la

curva della linea innominata viene esagerata, la sinfisi pubica si avvicina al sacro, il diametro antero-superiore del distretto superiore viene impicciolito, mentre per compenso il trasverso viene ad essere aumentato.

Ma se non operasse pure un'altra forza, il bacino tenderebbe a divenire soverchiamente piatto, ed allora i femori, diretti da sotto in sopra e dall'esterno all'interno, moderano l'eccessivo appiattimento del bacino. L'aumento del diametro trasverso del distretto superiore si accompagna a quello omonimo del distretto inferiore, in conseguenza del quale fatto aumentano pure e l'inclinazione delle branche ischio-pubiche e l'apertura dell'angolo sotto-pubico.

Se così succede pel bacino normale, lo stesso accade in condizioni patologiche e tutti i vizii pelvici possono essere spiegati per la mancanza d'armonia nell'azione dei differenti fattori che, normalmente, danno al bacino quella configurazione da noi considerata la sola perfetta. Tale squilibrio però deve aver luogo, o durante il periodo del crescimento delle ossa, quando cioè esse non ancora avevano acquistato sufficiente potere di resistenza da opporre alla azione deformante, o pure bisogna che si avveri una mollezza eccezionale dell'osso in rapporto ad un processo morboso locale, o ad un processo generale di disturbata e deficiente nutrizione. Questo quando non entri in mezzo nessuna cagione traumatica.

SINTOMATOLOGIA E DIAGNOSI.

I segni sopra i quali si poggia la diagnosi dei vizii pelvici si ricavano interrogando la donna, poi facendone un minuto esame generale e locale, la pelvimetria esterna ed interna, il riscontro vaginale ed anale. La pelvimetria interna ed il riscontro non possono praticarsi nelle giovanette.

Interrogatorio — E esso riguarderà le condizioni di salute della donna durante la sua infanzia, l'epoca nella quale ha cominciato a camminare, le condizioni nelle quali il cammino si è fatto, lo stato dello scheletro in quell'epoca, la salute della donna durante la giovinezza e l'epoca nella quale si è stabilita la mestruazione; se n'è il caso, il modo nel quale si sono espletati i parti anteriori.

Ispezione generale — Essa cadrà sull'altezza, la forma

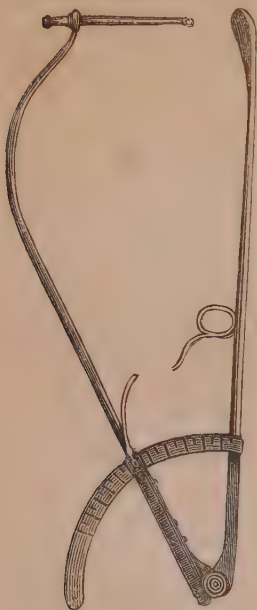


Fig. 27. — Pelvimetro di Baudelocque.

la forma dello scheletro, la forma ed il volume delle diverse articolazioni, la presenza la o mancanza d'incurvamenti delle ossa, di insellatura, di gibbosità, di claudicazione. Ma si noti che tutti siffatti elementi pei quali si potrebbe diagnosticare un vizio pelvico, possono coincidere con la perfetta integrità del bacino.

Ispezione locale — Questo esame ha per iscopo di apprezzare la simmetria od asimmetria del bacino dalla ricerca della situazione relativa delle apofisi e sporgenze diverse. In certi casi potrà bastare la semplice ispezione; in certi altri il processo, consistente nel fare scendere

due fili a piombo, l'uno dalla parte inferiore della sinfisi pubica, l'altro dalla parte superiore della cresta del sacro ed il rilevare se si trovano nello stesso piano antero-posteriore

(Naegele), farà supporre la presenza d'un bacino obliquo ovalare.

Pelvimetria — I pelvimetri, a norma del loro luogo d'applicazione, sono esterni, interni e misti. La pelvimetria è esterna od interna, secondo che essa ha per iscopo di apprezzare le dimensioni esterne od interne della pelvi. La pelvimetria esterna si fa: 1° la mercè del compasso di spessezza di Baudelocque, pelvimetro esterno che dà solo mediocri risultati, perchè le dimensioni, considerate come costanti e che servono come punto di partenza, sono vere sopra i bacini normali e falsi sopra quelli viziati. Insomma, lo strumento non è buono che a misurare le distanze delle sporgenze, delle spine, delle apofisi sottocutane del bacino in esame, ed ancora ad apprezzare le dimensioni del neonato, specialmente i suoi diametri cefalici; 2° col pelvimetro misto di Van Huevel

considerato, in questo caso, come un compasso di spessezza applicato esternamente. La pelvimetria interna si fa mercè dei pelvimetri interni e misti. Questi, con lo Joulin, possono raggrupparsi in quattro categorie: 1° anelli armati di fili; 2° podometri. Quel-

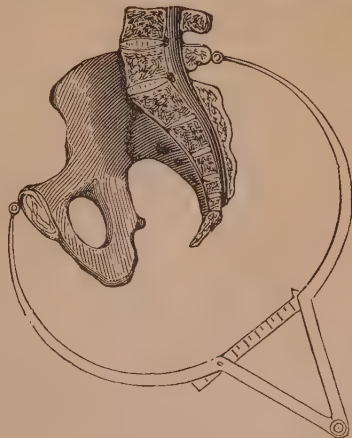


Fig. 28. — Misurazione della coniugata esterna.

lo di Stein (il vecchio) corrisponde meglio per misurare la distanza sacro-sotto-pubica; ma si può

sostituirlo con un fusto qualunque, al quale sono segnati i centimetri, o meglio con l'indice; 3° pinzette a divaricamento; 4° compassi. Quello di Van Huevel conviene raramente per misurare il diametro sacro-pubico, ma è applicabile alla misurazione dei diametri obliquo e trasverso del distretto inferiore. Essosi compone essenzialmente di due branche, delle quali l'una è introdotta nelle vie della generazione, l'altra s'applica esternamente. Si apprezzano le dimensioni del diametro sacro-pubico, portando la branca interna sul promontorio e l'esterna sul margine posteriore della sinfisi pubica; si rileva così nell'arco misuratore che riunisce le due branche la misura ottenuta, poi si avvicina la branca interna all'esterna, in modo da comprendere in mezzo ad esse la sinfisi pubica, e si ottiene così una nuova misura, che bisogna sottrarre dalla prima per ricavare la misura reale del diametro sacro-pubico. I diametri obliqui si otterranno proprio allo stesso modo, portando cioè la branca interna mercè del dito in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca d'un lato e quell'esterna sull'eminenza ileo-pettinea del lato opposto, rilevando prima questa distanza ed indi sottraendo da essa la misura della spessezza delle ossa in avanti. Con questo pelvimetro, come col compasso di spessezza, si può ottenere ancora direttamente la misura dei diametri dello stretto inferiore, mentre che il diametro trasverso del distretto superiore si ottiene solo in modo indiretto, come diremo in seguito.

Riscontro. — 1° vaginale — Esso riesce esploratore e misuratore: quest'ultimo è, in conchiusione, il migliore mezzo di pelvimetria adatto a dare le dimensioni dei diametri sacro-sotto-pubico e cocci-pubico, che poi vengono paragonate a quelle del bacino normale. L'indice dell'operatore si porta, nel primo caso, sul promontorio; nel secondo sul coccige; si solleva poi il margine radiale del dito contro l'arcata

del pube, segnando con l'indice dell'altra mano il punto dove esso corrisponde, allora si misura la lunghezza ottenuta sul piede parigino, per rilevarne la misura ottenuta.

Però bisogna tener presente che la differenza media tra la distanza sacro-sotto-pubica (coniugata diagonale) ed il diametro sacro-pubico (coniugata vera) è di 13 millimetri in media, ed allora bisognerà sottrarre questa lunghezza per la inclinazione, per ottenere la mi-



Fig. 29. — Coniugata diagonale.

sura della distanza sacro-pubica. (Joulin).

2° anale. — È un riscontro esploratore riservato per la ricerca e la diagnosi dei tumori intrapelvici, che riescono cagione di distocia; è un mezzo di necessità malamente accolto nell'esercizio pratico.

DIMENSIONI DEL BACINO NORMALE.

Distretto superiore	antero-posteriore cent. 11.	
	— obliqui	12 $\frac{1}{2}$
	— trasverso	13 $\frac{1}{2}$

Escavazione. . . . Quasi tutti i diametri. 12

Distretto inferiore. In media 11.

1° Dalla spina iliaca anteriore ed inferiore di un lato a quella del lato opposto 21 $\frac{1}{2}$

- 2° Dalla spina iliaca anteriore e superiore d'un lato a quella opposta 24
- 3° Dal mezzo della cresta iliaca d'un lato al mezzo di quella del lato opposto (la metà segnerebbe l'estensione del diametro trasverso) 27
- 4° Dal mezzo della cresta iliaca alla tuberosità ischiatica. Il distretto superiore divide questa distanza in due parti eguali ciascuna di centimetri . . . 9
- 5° Dalla parte anteriore e superiore della sinfisi pubica, alla punta della prima apofisi spinosa del sacro (da questa distanza, bisogna sottrarre per avere la coniugata vera cm. $6\frac{1}{2}$ per la spessezza della base del sacro ed $1\frac{1}{2}$ per quella della sinfisi) . . . 19
- 6° Dalla tuberosità sciatica d'un lato, alla spina iliaca posteriore e superiore del lato opposto, l'estensione media è $17\frac{1}{2}$
- 7° Dalla spina iliaca anteriore e superiore d'un lato, alla spina iliaca posteriore e superiore dell'altro lato, distanza media. 25
- 8° Dall'apofisi spinosa della seconda vertebra lombare, alla spina iliaca di entrambi i lati . . . $17\frac{1}{2}$
- 9° Dalla spina iliaca posteriore superiore d'un lato, al gran trocantere del lato opposto (da questa distanza bisogna sottrarre cm. 12,5; 7,6 per la spessezza del gran trocantere, collo del femore e cavità cotiloide, e 4,9 per la spessezza della sinfisi sacro-iliaca) distanza media 25
- 10° Dal mezzo del margine inferiore della sinfisi pubica alla spina iliaca posteriore dell'uno e dell'altro lato. 17

Tutte coteste misure possonsi ricavare col pelvimetro di Baudelocque ed esse debbono esser tenute presenti come termine di paragone nella misurazione dei bacini viziati.

CORSO DELLA GRAVIDANZA NEI BACINI VIZIATI

Innanzi tutto bisogna segnalare la frequenza dell'aborto e del parto prematuro per l'ostacolo meccanico incontrato dall'utero nel suo sviluppo. Infatti l'utero nei primi mesi resta nel piccolo bacino, ma quando dal terzo mese in poi arriva nel grande bacino, se il promontorio è sporgente, esso sarà costretto ad inclinarsi un poco indietro. Ora, se a questo si aggiunge la pressione intestinale aumentata per la solita stitichezza, si avrà la ragione delle molteplici sofferenze dei primi mesi nelle donne rachitiche e spesso ancora dell'aborto, quando pure non avanzi la retroversione dell'utero, provocando i disturbi suoi proprii.

In un periodo più inoltrato della gravidanza si rileverà un'elevazione del fondo dell'utero superiore all'ordinario, per l'elevazione del suo segmento inferiore. Col riscontro si rileverà la medesima elevazione e non si raggiungerà la parte che si presenta. Per tale elevazione l'utero sarà molto mobile. Il ventre, verso il termine della gravidanza, è pendente in avanti a bisaccia, per l'antiversione dell'utero provocata dalla sporgenza del promontorio del sacro. Infine nei vizii pelvici sono più frequenti le presentazioni irregolari del feto.

In generale, tutti i disturbi della gravidanza dipendenti da cagioni meccaniche sono più esagerati nelle donne con vizio pelvico.

CORSO DEL PARTO NEI BACINI VIZIATI.

1° Fenomeni fisiologici. La contrazione uterina da principio presenta i suoi caratteri ordinarii, ma poi o diviene estremamente violenta, ovvero finisce per esaurirsi, onde l'inerzia. Si comprende ch'essa riesce

dannosa così quando è troppo forte, come quando è troppo debole. La dilatazione del collo in generale si fa molto lentamente sia per l'irregolarità delle contrazioni, che per l'ordinaria rottura prematura del sacco e per la mancanza d'impegno della parte presentata; il collo è *dilatabile*, ma incompletamente dilatato. Si badi che la bozza sanguigna, od una porzione della testa adattata alla forma del bacino e discesa un poco, può far credere erroneamente allo impegno della testa. Per la rottura poi del sacco è da notare come, trovandosi il feto molto in alto, essa si faccia d'ordinario prematuramente. Qualche volta però il sacco è resistente, allora si accumula molto liquido tra le membrane e la parte presentata, ed il sacco favorisce la dilatazione; esso poi in un momento si rompe ed ecco con la rapida fuoruscita del liquido la procidenza del cordone o degli arti. Sotto le contrazioni troppo forti con l'impossibilità dell'impegno della parte presentata, può aver luogo la rottura dell'utero.

2' *Fenomeni meccanici* — La testa s'impegnerà con difficoltà, o addirittura non potrà impegnarsi, a norma del grado del vizio pelvico — la testa è più mobile e quindi le presentazioni anormali sono più frequenti — circa il modo poi nel quale si effettua l'impegno della testa, gli autori non sono d'accordo; certo è che il meccanismo sarà diverso a norma del grado del vizio pelvico, della forma del bacino e dell'epoca della gravidanza e sviluppo del feto.

PROGNOSI.

In generale, la prognosi dei vizii del bacino è sempre grave per la madre e pel feto, ma più o meno in proporzione del restringimento. Per la madre, l'aumentato attrito sulle vie che il feto deve attraversare, i maltrattamenti che subisce l'utero,

sia addossandosi fortemente e per lungo tempo, sia urtando contro il promontorio del sacro od altre punte ossee, fa sì che, quando pure non si avverino rotture dell'utero e della vagina, si producano soluzioni di continuo più numerose e più estese, onde possibilità maggiori di formazione ed assorbimento di prodotti settici e quindi infezione generale. È possibile pure la formazione di fistole genito-urinarie alla caduta delle escare formatesi nei punti maggiormente compressi, senza pur citare i molteplici pericoli che accompagnano l'intervento strumentale in taluni rincontri.

Nè il feto poi corre minori pericoli. Il prolungamento del travaglio, innanzi tutto, ne compromette l'esistenza, eppoi la rottura prematura del sacco, la procidenza del cordone, lo scollamento prematuro della placenta, le lesioni che subisce sotto le violenze dell'azione degli strumenti, sono altrettante cagioni che cospirano contro di lui.

INDICAZIONI E CURA DEI VIZII DEL BACINO.

Stantechè il rachitismo è la cagione più frequente dei vizii pelvici, si farà in modo che le ragazze rachitiche restino nella posizione orizzontale quanto più a lungo è possibile, per sottrarre il bacino all'azione delle forze che operano su di esso.

Quando vi è un vizio pelvico abbastanza considerevole, rilevabile sia dall'ispezione della figura della donna, che dalla misurazione esterna, si consiglierà di evitare il matrimonio, ma ognuno comprende il valore di siffatto consiglio in certi casi.

Succeduta poi la fecondazione in una donna con vizio pelvico, dall'una parte si consiglierà la *cura famis* per quanto è possibile, per ottenere un feto di piccole dimensioni, dall'altra si osserverà di tanto

in tanto la donna per accertarsi dell'indicazione e del momento d'intervenire.

L'intervento ostetrico dev'essere determinato dal grado del restringimento del bacino e fino ad un certo punto dalla sua forma.

Ma poichè per ben valutare la forma del bacino in ciascun caso non vi sono ancora criterii sufficienti e sintetici, così è il grado del vizio pelvico quello che ci dovrà guidare.

Paolo Dubois nel 1834 ha stabilito tre gradi dei vizii del bacino e la sua divisione è anche oggi seguita.

1° Grado. — Minimo del diametro antero-posteriore 97 millimetri p. $3\frac{1}{2}$ —2° Grado. Minimo del diametro antero-posteriore 67 millimetri p. $2\frac{1}{2}$ —3° Grado. In sotto di 67 millimetri p. $2\frac{1}{2}$.

1° Restringimento di 1° grado.—A. *Nel corso della gravidanza* sarà lecito d'intervenire provocando il parto prematuro ad otto mesi e mezzo, solo quando i parti precedenti sono stati soverchiamente penosi per considerevole sviluppo del feto.

B. *Gravidanza a termine o quasi.*—Nella presentazione *del vertice* aspettazione fino a quando non corre pericolo nè la madre, nè il figlio; al bisogno forcipe—Nella presentazione *della faccia*, se il mento corrisponde in dietro, a feto vivo, doppia applicazione di forcipe per ottenere la rotazione anteriore del mento; a feto morto, craniotomia e cefalotrissia. Nella presentazione *della pelvi*, si tenterà con manovre esterne la versione cefalica, indi si farà l'applicazione del forcipe. Nella presentazione *della spalla* si tenterà prima la versione cefalica con manovre esterne; se non si riesce, si farà rapidamente il rivolgimento seguito dall'applicazione del forcipe; se poi neanche così si riuscisse, cefalotrissia.

2° Restringimento di 2° grado.—A. *Nel corso della gravidanza* si è consigliato il regime dietetico debilitante ed il joduro potassico ad alta dose dal 4° mese

in poi e così si riferiscono esempi di feti nati a termine con bacini di 8 centimetri. Il mezzo principale però è il parto prematuro artificiale, provocato più o meno presto a norma del restringimento.

B. Gravidanza a termine o quasi. — Bisogna in questo caso distinguere I) se il feto è morto e, II) se esso è vivo. I) A feto morto, in presentazione del *vertice o della faccia*, si aspetterà che l'orifizio sia facilmente dilatabile, o dilatato, indi craniotomia, cefalotrissia, cranioclastia. Nella presentazione *pelvica*, versione cefalica con manovre esterne, indi perforazione del cranio e cefalotrissia e se la versione non riuscisse, si farebbe lo stesso la perforazione dalla base del cranio, indi la cefalotrissia. Nella presentazione *della spalla*, versione con manovre esterne, ovvero con manovre interne, indi perforazione e cefalotrissia; se non riesce il rivolgimento perchè il feto è immobilizzato, decollazione.

II) Se il feto è vivo; bisogna distinguere a) i vizii pelvici compresi tra 81 millimetri e 95, da b) quelli compresi tra 67 mill. e 81.

a) Nei vizii pelvici compresi tra millimetri 95 ed 81 si farà prima un tentativo d'applicazione di forcipe, preferendo possibilmente quello del Tarnier; indi si potrebbero sperimentare gli apparecchi a trazione meccanica (di Joulin, di Chassagny ecc.), indi bisogna ricorrere alla sinfisiotomia. Si badi però che siffatta operazione debbesi eseguire quando il feto non abbia già subito tali maltrattamenti da esserne posta in dubbio la esistenza, o la vitalità.

b) Nei vizii compresi tra 81 e 67 millimetri, quelli che rigettano la sinfisiotomia non hanno che a scegliere tra la perforazione seguita dalla cefalotrissia o cranioclastia ed il taglio cesareo. La scuola napoletana sostiene fino a 67 mm. la sinfisiotomia.

3° *Restringimento di 3° grado.* — A. *Nel corso della gravidanza* se il vizio pelvico è tale che il diametro

antero posteriore non arrivi a 54 millimetri, bisogna provocare l'aborto, quando la donna non volesse a termine esporsi al taglio cesareo.

B. Gravidanza a termine o quasi, a feto morto, perforazione e cranioclastia, o cefalotriessia, qualunque sia la presentazione; in sotto dei 54 millimetri operazione combinata (sinfisiotomia ed embriotomia). A feto vivo, fino a 54 mm., potrebbe farsi l'operazione combinata del Iacolucci (sinfisiotomia e parto prematuro) o pure il taglio cesareo, che deve praticarsi pure in sotto di tale estensione.

Art. 2.—ANOMALIE NELLE CONTRAZIONI UTERINE.

A. Esagerazione. — B. Diminuzione. — C. Pervertimento. — D.
Anomalia nelle contrazioni dei muscoli addominali.

Le contrazioni uterine possono essere *A*, esagerate, *B*, diminuite e *C*, pervertite: ciascuna di siffatte modalità può influire sulla madre e sul feto; eccoci quindi a studiarle.

A Contrazioni esagerate.—Le contrazioni uterine possono essere esagerate per *intensità*, per *durata*, per *frequenza*, per *dolore*. La soverchia ampiezza del bacino, o piccolezza del feto, la cedevolezza e poca resistenza delle parti molli, saranno altrettante condizioni coadiuvanti. L'esagerazione delle contrazioni si manifesta alla fine del primo periodo ed aumenta fino al termine del travaglio; l'utero si trova sotto una contrazione continua e sempre più forte.

Il fenomeno in parola s'osserva così nelle donne deboli, che nelle robuste, anzi più spesso nelle prime, e nel corso di malattie acute; sembra ereditario e si ripete nella stessa donna in varii parti.

La cagione più probabile pare un'aumentata ecci-

tabilità dell'utero dipendente da condizioni diversissime.

Il parto troppo rapido è considerato favorevole dalle persone del volgo, ma esso può produrre: la rottura del perineo, della vagina ed anche dell'utero; l'inerzia consecutiva dell'utero e quindi ritardo nel secondamento ed emorragia, che può riuscire mortale; l'inversione dell'utero. La morte può derivare anche dalla sincope prodotta pel rapido abbassamento del diaframma, iperemia polmonare e vuotamento del cuore destro.

Il feto poi può nascere asfittico perchè quelle contrazioni energiche e quasi continue ostacolano la circolazione utero-placentare. Se poi la donna trovasi all'impiedi, il feto può cadere per terra ed allora o si rompe il cordone, o resiste e provoca l'inversione dell'utero.

Spesso le contrazioni troppo energiche si accompagnano ai vizii di conformazione del bacino, perchè esse aumentano in ragione della resistenza.

Cura. Conoscendo i precedenti della donna e quando si è chiamati in tempo, la si farà mettere a letto e nel decubito orizzontale fin dal principio del travaglio; si applicherà una fascia a corpo, che verrà moderatamente stretta, per controbilanciare il rapido vuotamento dell'utero ed opporsi all'inerzia consecutiva. Se la donna è sanguigna e robusta, Jacquemier consiglia il salasso, Gleuser il cloroformio, Charpentier il cloralio per clistere, Wigand consiglia l'oppio internamente (15 a 25 centigm. con altrettanto nitro, ogni 15 minuti) altri preferiscono il clistere laudanizzato, ma per la rapidità d'azione opera meglio l'iniezione ipodermica di morfina (1 centigr. in 1 gr. d'acqua distillata, ripetuta all'occorrenza).

Bisogna mantenere integre le membrane quando più a lungo è possibile; quando apparisce la parte

presentata, ostacolarne l'uscita con la mano che preme in senso opposto. Se v'esiste prollasso, bisognerebbe adattare una fascia, che permetta l'uscita del feto ed impedisca quella dell'utero.

Infine bisogna esser preparato per riparare ad una emorragia secondaria. La donna poi nel puerperio deve restare a letto fino a che l'involuzione dell'utero non sia compiuta, ciò che d'ordinario ha luogo più lentamente del solito.

B. Contrazioni deboli. — La debolezza delle contrazioni s'incontra più spesso della loro esagerazione. Schroeder dice che siffatta debolezza sia relativa alle resistenze da vincere, ma questo è vero fino ad un certo punto, perchè può esservi un bacino troppo stretto, che non sarà certo attraversato dal feto, anche con contrazioni fortissime.

La debolezza delle contrazioni è distinta dalla loro poca energia e quindi lentezza nella progressione del travaglio, dalla loro breve durata e dal lungo intervallo che le separa. Essa può sopraggiungere in tutti i periodi del travaglio e può presentare tutti i gradi, dal semplice indebolimento alla completa sospensione di ogni contrazione uterina.

I segni delle contrazioni troppo deboli si ricavano da quanto sopra si è detto. A seconda del periodo nel quale il fenomeno si presenterà, si avrà un travaglio lungo uniformemente, od in uno solo dei suoi periodi.

Nel primo periodo, la dilatazione può impiegare a farsi da 12 ore a parecchi giorni, i dolori possono presentare tutte le anomalie possibili nel modo di succedersi, nella loro forza e nella loro durata ed a dilatazione completa la donna resta quasi esaurita, l'utero stanco ed il travaglio si sospende.

Nel secondo periodo poi, è l'espulsione del feto che si prolunga ed allora, essendo d'ordinario rotte le membrane, e formandosi un enorme infiltramento

siero-sanguigno nella parte presentata, si può credere che questa si avvanzi, mentre che in realtà essa è immobile. Il prolungarsi del secondo periodo per scarsezza o mancanza delle contrazioni, compromette la vita del feto per i disturbati scambi utero-placentari, produce nelle vie genitali materne mortificazioni là dove ha avuto luogo la compressione prolungata e spesso apre la via alle infezioni del puerperio.

Cagioni. Talune volte non può darsi ragione della debolezza delle contrazioni, osservandosi non solo nelle donne deboli e malsane, ma in quelle robuste e floride. È più frequente nelle primipare che nelle multipare e nelle donne troppo grasse. Può stare in rapporto poi con le condizioni generali.

Si sono annoverate pure tra le cagioni: la rottura prematura del sacco, la distensione esagerata dell'utero, la morte del feto, la lunga durata del primo periodo per rigidità del collo, o parto prematuro, le epidemie (Grenser), le congestioni e le infiammazioni uterine, lo stato bilioso, certe irritazioni dello stomaco (Charpentier), l'accumulo d'urina nella vescica, le emozioni morali ecc.

Prognosi. L'abbiamo detto, nel primo periodo la lunghezza del travaglio non influisce sul feto, può impressionare il sistema nervoso della madre. Non così nel secondo periodo, come si è sopra cennato, il quale, durando a lungo, può uccidere il feto e predisporre pure all'emorragia successiva.

Cura. Innanzi tutto bisogna assicurarsi della realtà della debolezza delle contrazioni, verificando gli ostacoli da superare. Si lasci alla donna nel primo periodo la libertà di fare quello che vuole, senza obbligarla ad una posizione determinata. Si sostengano le forze col brodo, il latte, il vino, qualche leggiero eccitante, caffè, thè, ecc. e se ne sollevi il morale. Si badi a che nel retto e nella vescica non vi sia accu-

mulo di materiali. Se i dolori incominciano troppo deboli, o s'indeboliscono poco dopo cominciati, si procuri un certo periodo di calma, affinchè l'uter si rinforzi, col piccolo clistere di laudano o di cloralio. Le docce ed i bagni consigliati in questi casi ci sembrano da evitare, in questo periodo si *sappia attendere*.

In certi casi, a rinforzare i dolori, può farsi la rottura artificiale delle membrane, ma a suo tempo sarà detto in quali condizioni.

Rotto il sacco, si è consigliato di far mettere la donna all'impiedi, ma ciò può riuscire pericoloso; d'introdurre in vagina il colpeurinter di Braun, od una minugia nella cavità uterina, dove resterebbe per qualche tempo, ma questo può non riuscire a far rinforzare le contrazioni ed invece ad introdurre qualche cosa dall'esterno che provochi un'infezione puerperale. Il metodo di Kristeller, l'*espressione uterina*, fatta secondo le regole che saranno esposte in seguito, non riesce quasi mai.

Tra i rimedi allo scopo si è consigliato: la cannella, il borace, la segala cornuta. Di quest'ultima ce ne occuperemo in seguito, ma fin da ora diciamo esser nostro convincimento che, come regola, la segala, per quanto possa riuscir utile dopo l'espulsione del prodotto del concepimento, altrettanto sia dannosa prima. La canape indiana (Scanzoni), l'estratto di pulsatilla (Simpson), il decotto d'uva orsina (Harris), la pilocarpina, l'elettricità, sono tanti mezzi proposti, sui quali però si può più discutere che determinare il modo di farne uso, aspettandone un risultato certo.

Noi, mentre accettiamo la prudente aspettativa nel primo periodo, siamo pel pronto intervento nel secondo. Rotte le membrane, si aspetteranno 3, 4 fino a 6 ore, riscontrando dall'un canto se la parte presentata si avvanza, e dall'altra, con l'ascoltazione, se il feto soffre. È meglio intervenire un poco prima, che un poco dopo; assicurata la completa asepsi,

un'applicazione di forcipe od anche un rivolgimento, a norma del caso, non fa male.

Nel caso poi che la dilatazione non fosse completa e si rilevasse che la vita del feto sia compromessa, s'interverrà pure, cercando prima di rinforzare le contrazioni, (eccitanti), indi di far cedere il collo (pomata di belladonna) ed infine si faranno gli sbrigliamenti.

C. Contrazioni irregolari. — Le contrazioni uterine possono divenire irregolari in mille modi diversi; per lunghezza, per gl' intervalli, per l' intensità, perchè occupano solo il fondo, od il collo, od uno dei lati, od il mezzo dell'utero ecc. Quando sono spasmodiche, si accompagnano a grande agitazione ed alla febbre, le parti genitali sono calde e dolenti, vi sono dolori diffusi a tutte le parti, e può sopraggiungere la sincope, il delirio, le convulsioni. Ad onta di tante sofferenze, il travaglio non progredisce.

Cagioni. La primiparità, la multiparità, la costituzione debole e robusta, il reuma uterino, i raffreddori, le presentazioni viziose, la rottura prematura del sacco sono le cagioni messe innanzi. Ma due cagioni sono veramente indiscutibili: la segala cornuta ed i maltrattamenti dell'utero e specialmente del collo, pel riscontro brusco e ripetuto e la dilatazione che si vuol fare col dito.

Per fortuna certe volte le contrazioni si regolarizzano in meno di quello che si crede, ma lo spasmo principalmente è poco grave nel primo periodo, più pericoloso pel feto nel secondo e più per la madre nel secondamento.

Cura. Per riuscire veramente utili bisogna combattere la cagione per la quale le contrazioni sono irregolari. Sempre che si rilevano contrazioni parziali dell'utero, nel primo periodo, bisogna aspettare. Se è il collo che resiste poi alla dilatazione, come quando vi è spasmo di tutto il corpo dell'utero, spe-

cialmente nel secondo periodo, si è consigliato: la polvere del Dower (1 gr. in 4 cartine, ogni 30 minuti), i clisteri antispasmodici (infuso di camomilla e di valeriana 10 gr. per 300 di colatura), il laudano per clistere (60 gocce in 3 volte), le iniezioni vaginali tiepide (acqua da 40 a 50 e getto sul collo per 10 a 15 minuti), la pomata di belladonna portata sul collo, le iniezioni ipodermiche di morfina (Lebert), l'atropina (Breslau), Charpentier raccomanda a preferenza i clisteri col cloralio (6 gr. in 3 volte in 180 gr. di latte o d'emulsione), e la cloroformizzazione quando nulla siasi ottenuto dall'azione locale della belladonna.

Ad ogni modo poi bisogna rigettare qualunque manovra atta ad ottenere la dilatazione forzata del collo, che se la vita del feto è in pericolo, si praticeranno gli sbrigliamenti.

D. Anomalia nelle contrazioni dei muscoli addominali. — Le contrazioni dei muscoli addominali sono volontarie fino a che la parte presentata non arrivi sul piano perineale e fino a quel momento può consigliarsi alla donna di evitarle, perchè riescono inutili e dannose. Certe volte però esse possono essere eccessivamente violente, tanto che si è osservata la frattura dello sterno e fino la rottura delle vescicole polmonari, seguita da enfisema sottocutaneo ed in qualche caso dalla morte.

Nei casi poi di gravi alterazioni generali, malattie di cuore, idropisia, paraplegia ecc., la debolezza o quasi mancante contrazione dei muscoli addominali, nel secondo periodo costituisce un'indicazione per intervenire ed espletare il parto.

Art. 3.—ALTERAZIONI DEL COLLO

A. Rigidità anatomica.—*B.* Spasmodica.—*C.* Patologica ed oblitterazione del collo.—*D.* Obliquità.—*E.* Tumefazione del labbro anteriore.—*F.* Cancro.

Si dice che vi è rigidità quando il collo dell'utero, passivamente od attivamente resiste alla dilatazione. Si distinguono tre specie di rigidità: anatomica spasmodica e morbosa.

A. Rigidità anatomica. — Nella rigidità anatomica o meccanica, ad onta delle forti contrazioni, il collo non si lascia dilatare. Esso si presenta, al riscontro, spesso, resistente, non doloroso, ancora non del tutto scomparso e come un cerchio sporgente in sopra della testa. L'accaloramento della vagina e la dolorabilità del collo sopraggiungono in questo caso dopo un travaglio molto lungo.

Questa varietà s'incontra specialmente nelle primipare e nel parto prematuro. Essa, manifestandosi d'ordinario nel primo periodo, è poco grave pel feto, ma non così per la madre, sia pel travaglio lungo che la sposa, che per la maggiore predisposizione ad un puerperio morboso, date più considerevoli alterazioni locali. Infine, le contrazioni finiscono per esaurirsi, onde il bisogno d'intervenire e tutte le conseguenze dell'inerzia uterina.

Cura. — Bagno tiepido, docce vaginali calde, clisteri di laudano o cloralio ad alta dose, che, sospendendo temporaneamente il travaglio, danno col riposo la possibilità che le contrazioni si rinforzino; ecco i mezzi da sperimentare all'occorrenza.

B. Rigidità spasmodica. — La rigidità spasmodica è un fenomeno attivo, che può manifestarsi in tutti i tempi del travaglio. Essa può riscontrarsi in tutte le età ed in tutti i temperamenti e così nelle

primipare che nelle multipare. Possono provocarla: il riscontro brusco e ripetuto, i maltrattamenti prodotti nel collo, i tentativi di dilatazione manuale, la segala cornuta, la rottura prematura artificiale delle membrane.

Al riscontro si tocca il collo sottile e dolente, con margini taglienti e dure e la vagina è pure calda e dolente. Spesso sopraggiunge tenesmo rettale e vescicale, nausea, vomito, grande agitazione e febbre. Se lo spasmo si produce nel periodo d'espulsione, può il collo retratto sul feto immobilizzarlo impedendone l'uscita e, trattandosi di presentazione pelvica, esso può stringere il collo del feto e provocarne la morte. In questa varietà di rigidità del collo, le contrazioni uterine non sono più continue, in modo da mostrare quasi una contrazione tetanica e permanente.

Cura. — La rigidità spasmodica del collo, d'ordinario cessa dopo un certo tempo, quindi, manifestandosi nel primo periodo, bisogna aspettare.

Durando però molte ore, si sono proposti: i bagni caldi, le irrigazioni vaginali calde, il salasso praticato all'impiedi, i clisteri laudanizzati od il cloralio, l'estratto di belladonna sul collo. È preferibile l'uso dell'estratto molle di belladonna, due a tre grammi portati sul collo dell'utero, l'effetto si manifesta dopo 15 a 20 minuti.

Si è consigliato, mancando gli altri mezzi, il clorofornio, ma si somministri con prudenza, sperimentando prima il cloralio o la paraldeide ad alta dose (6 ad 8 grm. per clistere, in 2 a tre volte).

Se non si riesce e lo spasmo risiede nell'orifizio esterno, si faranno gli sbrigliamenti di pochi millimetri, col bistorino bottonato *sui lati del collo*, d'ordinario subito dopo la dilatazione progredisce. Se poi lo spasmo risiede nell'orifizio interno, l'unica speranza sta nella dilatazione forzata, ma si provino prima

tutti gli altri mezzi ripetute volte, giacchè la rottura dell'utero non è rara per tale pratica.

Se lo spasmo sopraggiunge nel momento dell'espulsione del feto, bisognerà subito intervenire, seguendo i criterii di sopra esposti.

C. Rigidità patologica ed oblitterazione. — La rigidità patologica del collo può essere provocata da briglie, da cicatrici, da tumori, ecc.; sarà facile quindi dai segni ricavati col riscontro distinguerla dalle varietà innanzi esposte.

Vi è una varietà di siffatta alterazione assai importante, alla quale Neagelè dette il nome di *oblitterazione del collo*, che può interessare uno dei due orifizi o tutto il collo nello stesso tempo, ciò che è più raro.

Cagioni di cotesta alterazione sono le lacerazioni del collo in un parto precedente, specialmente se vi fu intervento strumentale.

Spesso però v'esiste un processo infiammatorio cronico del collo prima della fecondazione, sostenuto ed aumentato forse anche dalle ripetute causticazioni al nitrato d'argento (di cui tanto si abusa) od al ferro rovente. Per le modificazioni indotte nel collo dalla gravidanza, o per la successiva retrazione del tessuto neoformato, o per l'adesione tra le pareti del collo, dopo distrutta la mucosa, ecco stabilita la oblitterazione completa, assai diversa da quella incompleta, fatta da muco, o da una sottile membrana.

Depaul distingue l'oblitterazione 1° dell'orifizio interno, 2° dell'orifizio esterno dai seguenti segni:

1° Per l'orifizio interno il riscontro da principio non dà nessun segno, giacchè permette l'introduzione del dito. Ma quando le contrazioni hanno durato un certo tempo, il dito incontra nel collo un setto completo, un catetere introdotto non andrà innanzi, le acque non verranno fuori. L'osservazione diretta con lo speculum leverà ogni dubbio.

2° Quando è occluso l'orifizio esterno, si trova un tumore liscio e rotondo nel fondo della vagina e nel punto corrispondente al collo ora un piccolo infossamento, ora una sporgenza fatta da tessuto più duro. Si ricavano inoltre gli stessi segni di sopra esposti con lo speculum o col catetere.

Ora si comprende come quando si tratta di semplice agglutinazione del collo sia cosa di poco conto, giacchè essa cede sotto le contrazioni. Ma non è così quando vi è obliterazione completa, in certi casi essa è un'alterazione più grave di quello che comunemente si crede ed in due casi, ai quali ci siamo trovati presente, le manovre sono state seguite dalla morte della madre e del figlio.

Cura. — Innanzi tutto si dovrà aspettare per vedere quello che accadrà sotto le contrazioni, che se nulla si guadagnasse, bisognerà allora intervenire, senza che una inutile aspettativa compromettesse il figlio e la madre (eclampsia, rottura dell'utero). Quando l'occlusione risiede nell'orifizio interno, sulla guida del canale cervicale potrà introdursi il bistorino e praticare la perforazione e lo sbrigliamento. Ma non è facile la cosa quando l'orifizio esterno e tutto il collo è obliterato, spesso, dopo aver osservato in tutti i modi, introducendo tutta la mano in vagina, con lo speculum, con lo specillo ecc., non si sa dove praticare l'incisione e l'apertura.

Ebbene, noi come il Mangiagalli per le vaste atresie vaginali, dalle due nostre osservazioni, ci crediamo autorizzati a proporre piuttosto il taglio cesareo che una perforazione in un punto qualunque, certamente seguita dalla morte della madre. L'avvenire dirà se possa accettarsi una tale proposta.

D. Deviazioni dell'orifizio. — D'ordinario il collo dell'utero verso il termine della gravidanza trovasi diretto in dietro ed a sinistra, mentre che il fondo è inclinato in avanti ed a destra; sotto le contrazioni

però se non si raddrizza per eccessivo spostamento, la dilatazione può esserne ostacolata per la cattiva direzione delle forze. Basterà col dito uncinare il collo e tirarlo in avanti perchè tutto rientri nell'ordine.

Qualche rara volta il collo è deviato in avanti ed allora con una manovra opposta bisognerà portarlo all'indietro. Si badi però in questo caso alla possibilità della dilatazione sacciforme dell'utero e che quindi il collo, che non si trova, non esista spostato in sopra della sinfisi pubica.

E. Tumefazione ed allungamento del labbro anteriore.—Certe volte la testa del feto s'impegna profondamente nel bacino prima che la dilatazione del collo sia completa. Allora il labbro anteriore del collo resta compresso tra la sinfisi pubica e la parte presentata e diviene sede di edema, di trombi, per lacerazione dei vasi, e talvolta è ancora cagione d'ostacolo all'uscita del feto.

Il dolore aumenta considerevolmente in questo caso, ad ogni contrazione si vede una bozza tesa in avanti della testa che ne impedisce la progressione e che talvolta sporge dalla vulva; può perfino accadere una lacerazione del collo, quando non vi si rimedia, seguita da un'emorragia più o meno imponente, la quale può continuare dopo il parto ed essere cagione di errore diagnostico.

Cura. — Si cercherà di rimediare a siffatto incidente sostenendo e respingendo la testa in alto, si potrà con l'una mano sostenere la testa e con l'altra respingere in alto il collo allungato.

Ma se non si riuscisse con tale manovra, non si tardi a fare l'applicazione del forcipe, evitando a questo modo pericolose complicate.

F. Cancro del collo.—Se pure non vuolsi accettare col Siebold che il cancro dell'utero aumenti l'appetito venereo, o col Cohnstein che con esso sia più facile il concepimento, è fuori dubbio che fino a

quando le secrezioni profuse e fetide non rendano affatto impossibile l'accoppiamento, le donne che ne sono affette, specialmente nel collo, possono divenire gravide.

L'influenza del cancro sul corso della gravidanza si modifica a norma della sua sede e della sua estensione. Se risiede sull'orifizio esterno, resta quasi affatto estraneo, ma non così se trovasi nell'orifizio interno o più in sopra, per la difficoltà di sviluppo del segmento inferiore dell'utero. Si citano casi di cancro del collo uterino nei quali la gravidanza ha oltrepassato il suo termine normale. L'interruzione della gravidanza può avverarsi pure in seguito delle ripetute emorragie.

È curiosa poi l'influenza della gravidanza sullo sviluppo del cancro. Esso si avvanza rapidamente quando si è incominciato a svolgere nel corso della gestazione, ma, se preesisteva, ha subito piuttosto uno stadio di regressione o di arresto, con diminuzione dell'emorragia.

La diagnosi della lesione va fatta con i soliti criterii generali, ma la sua estensione nell'interno non può delimitarsi. Devesi distinguere dalla placenta previa, valutando bene i sintomi di entrambe le lesioni.

Quando la neoplasia occupa il labbro posteriore è meno grave di quando occupa quello anteriore; quando poi tutto il collo è alterato, è possibile il parto senza incidenti, ma è più facile poi la lacerazione del collo, che si prolunga più o meno in alto ed uccide la donna per emorragia o setticemia. L'uso degli strumenti aggraverà ancora le condizioni della donna.

La prognosi dunque è molto grave per la madre, ma è più ancora pel feto, il quale soccombe (38%) spessissimo.

Cura. — Si discute ancora se debba intervenire praticando l'amputazione del collo nel corso della

gravidanza. Noi diciamo che siffatta operazione, se in generale ha un valore assai discutibile, dev'essere affatto rigettata quando la cura principale dev'essere quella di badare alla vita del feto. Si aspetterà quindi e nel momento del parto, se la vita del feto lo richiede, si faranno gli sbrigliamenti del collo seguiti dall'applicazione del forcipe. Si farà quindi una cura locale palliativa, (percloruro di ferro per le emorragie, soluzioni antisettiche, acido fenico 1 %, permanganato di potassa, 1 %, iposolfito di soda 5 %, acido borico 2 %, sublimato 1 %₀₀ ecc.).

Art. 4. — ROTTURA DELL'UTERO.

A. Durante la gravidanza. — B. Nel momento del parto.

A. Durante la gravidanza. — La rottura dell'utero nei primi mesi della gravidanza é rarissima, ma pure ve ne sono alquanti casi registrati nella scienza. È dal quarto mese in poi che, divenendo l'utero accessibile agli agenti traumatici, esse divengono più frequenti.

Le cagioni delle rotture uterine sono: i processi acuti o cronici che hanno diminuita la resistenza in qualche punto, come tumori, cicatrici ecc., le violenze esteriori, Duparcque ammette pure le rotture per compressione e per contro-colpo.

Sintomi. Nei primi quattro mesi: dolore vivo, pungente nella parte bassa del ventre, dopo che s'è inteso uno scoppio, e poi polso debole, sudore freddo, lipotinie, sincope, addome teso, duro e dolente, collo chiuso. La donna soccombe piuttosto alle conseguenze infiammatorie che all'emorragia.

Dal quinto mese in poi, oltre ai segni cennati, si hanno quelli del passaggio del feto nel ventre, con le modificazioni della forma e del volume dell'utero

e del ventre, le sporgenze delle parti fetali, l'emorragia.

Nei casi di ferita dell'utero si vede la fuoruscita del sangue assieme a quella del liquido amniotico, e se la ferita è molto larga, anche la sporgenza di qualche parte del feto.

Si comprende tutta la gravezza di coteste rotture, ma la morte non ne è sempre la conseguenza, e Trask ne ha raccolto 12 casi terminati con la guarigione.

B. Nel momento del parto.—Più frequenti sono le rotture dell'utero nel momento del parto. Esse sono complete od incomplete, secondo che il peritoneo è o non interessato; possono essere e non propagate alla vagina. Le lacerazioni che si avverano d'ordinario nell'orifizio esterno dell'utero sono poco importanti fino a quando non s'estendono all'orifizio interno. Si distinguono pure le rotture in spontanee, le più importanti, e provocate in seguito di manovre ostetriche.

Cagioni. Le rotture uterine spontanee sono molto rare, Bandl le crede più frequenti nella classe povera, ed altri più nelle multipare per le ripetute modificazioni delle pareti della matrice ed indebolimento successivo. La cagione del fatto è stata poi addebitata alla lunga durata del travaglio, ai vizi pelvici e creste ossee sporgenti che trovansi in taluni di essi, alla eccessiva distensione dell'utero (idramnios, gravidanza gemellare ecc.), ai feti maschi che oppongono resistenza maggiore, al rammollimento od alle cicatrici delle pareti uterine, alla resistenza esagerata del collo, ai tumori della matrice, alle sue obliquità, alla conformazione od allo sviluppo esagerato del feto, al suo inchiodamento, allo sviluppo esagerato del fondo dell'utero od alle sue deformità, all'uso intempestivo della segala. Infine quelle traumatiche sono dovute alle cattive manovre od all'uso violento degli istrumenti.

Sede e modo di formazione. Le rotture dell'utero possono avverarsi in tutte le regioni, se l'organo è sano, ovvero in punti determinati, quando essi sono lesi in antecedenza. La forma, l'estensione, la direzione ecc. sono diverse a norma della cagione che l'ha determinate.

Circa la sede, Robertson sopra 31 casi ha rilevato:

La regione anteriore 8 volte—Antero-laterale 3

» posteriore 11 » postero-laterale 3

» laterale 5 »

Quanto al modo di produzione, si sono messe innanzi tre teoriche:

Nella *prima* tutto è addebitato alla contrazione uterina. L'ostacolo non cede e l'utero rinforza le sue contrazioni, le pareti uterine allora non resistono in qualche punto ed ivi accade la rottura.

Nella *seconda* il pericolo è dovuto alle manovre ostetriche violente; il pericolo di siffatte manovre dall'una parte è in rapporto con la sproporzione tra le parti fetali ed il canale pelvico, dall'altra con l'abilità dell'operatore.

Nella *terza* la vera cagione risiede nella compressione della parete uterina tra la testa da una parte e la parete del bacino dall'altra. Il punto compresso cadrebbe in mortificazione e quindi cederebbe. Secondo gli ostetrici inglesi, tale teorica è solo applicabile alle rotture spontanee.

Per Jolly, la vera cagione risiederebbe, per le rotture spontanee, nella contrazione uterina più o meno violenta, che opererebbe inducendo la mortificazione della parete uterina sul punto compresso e per la sua stessa forza, la quale sarebbe esagerata dalla somministrazione intempestiva della segala.

Sintomi. Dolore acuto e lacerante in un punto del ventre, senso di lacerazione e talvolta rumore sordo, cessazione delle contrazioni, manifestazioni dell'emorragia e dello shock, dispnea, pallore, sudori pro-

fusi, convulsioni ecc. Al riscontro scomparsa della parte che si presentava e sostituzione di un'altra e talvolta si raggiunge il punto lacerato. Certe volte tutto si sospende temporaneamente, indi risvegliasi una peritonite acutissima che rapidamente uccide. Questi sono i sintomi ordinari, ma se ne sono pure citati degli altri. Rumori di scoppio, movimenti violenti del feto seguiti dalla cessazione dei battiti cardiaci, deformità del ventre, fluttuazione, vomito, emorragia ecc.

In certi casi mancano tutti cotesti segni, ad onta della rottura le contrazioni continuano; la diagnosi può restare oscura fino ad un certo punto.

Prognosi. Grave per la madre, gravissima pel feto, che, passando nell'addome, rapidamente muore. L'esito poi per la madre dipende in massima parte dal momento e dal modo dell'intervento.

Cura Tre sono stati i metodi seguiti al riguardo: A. *Aspettazione*. B. *Estrazione del feto dalle vie naturali*. C. *Gastrotomia*.

A. L'aspettazione oggi è solamente ammessa nel primo e secondo, al più fino al terzo mese della gravidanza, ulteriormente bisogna intervenire.

B. L'estrazione dalle vie naturali è il metodo più comunemente seguito, ma possono presentarsi parecchi casi, così:

1.° Se il feto è restato nell'utero e la testa che presentavasi non si è spostata, è al forcipe, alla cefalotriessia, all'uncino o al cranioclaste che bisogna far ricorso, secondo che trattisi di bacino normale o viziato.

2.° Se il feto è tutto o parte fuori dell'utero, allora possono darsi due casi: a) la ferita è larga tanto da permettere il passaggio del feto ed il bacino è normale; o b) la ferita è larga, ma il bacino è viziato.

a) Nel primo caso Baudelocque preferisce sempre il forcipe, a meno che i piedi non s'incontrino in vi-

cinanza del collo, o che il feto si trovi tutto ancora nell'utero. Egli applicava il forcipe qualunque fosse stata la parte penetrata nel basso ventre. Tutti gli autori moderni però preferiscono la versione e presentano una statistica favorevole.

b) Nel secondo caso, se il feto è morto, si farà la cefalotripsia, o cranioclastia, ma spesso con grandi difficoltà.

È preferibile fare la versione, indi perforare la testa dopo averla fissata. A feto vivo ed in buone condizioni bisogna fare subito la gastrotomia.

3° Se il feto è in parte fuori dell'utero e la ferita è retratta, la estrazione non può farsi che praticando grandi violenze e facendogli sbrigliamenti. In questo caso ancora però è da preferire la gastrotomia.

4° Se tutto il feto è passato nella cavità addominale ed è impossibile di estrarlo dalle vie naturali, sia pel vizio pelvico, che per retrazione dell'utero, o della ferita, o del collo, non resta che la gastrotomia.

È inutile dire delle difficoltà incontrate in siffatti casi per la estrazione del feto, dei grumi, del liquido amniotico e della placenta, tanto che taluni hanno consigliato di rimandare ad altro tempo l'estrazione di quest'ultima.

Si comprende che la sola antisepsi scrupolosa ed esatta potrà assicurare la vita della donna, come pure si avranno maggiori probabilità per quanto l'intervento è più pronto e vicino all'avvenimento.

ROTTURA DELLA VAGINA.

Come l'utero, la vagina può rompersi spontaneamente o per l'introduzione della mano, degli istrumenti, dei frammenti di ossa e le lacerazioni possono interessare le sue diverse porzioni.

Quelle del fondo, d'ordinario si accompagnano alle rotture dell'utero. Esse si producono per le medesi-

me ragioni, presentano i medesimi segni e reclamano la stessa cura. Esse però possono presentare talune particolarità. Così può, per lacerazione trasversale, distaccarsi tutta la vagina dalla sua inserzione sull'utero. Le lacerazioni possono del resto presentare tutte le forme e direzioni. Il feto, come per le rotture uterine, può passare nella cavità addominale e le anse intestinali possono fare sporgenza dalla lacerazione.

Quando le rotture si determinano nel mezzo della vagina, passano d'ordinario inosservate durante il travaglio e si rilevano dopo. Esse possono dare origine al trombo.

Siffatte lesioni possono riuscire mortali sia per l'emorragia immediata, che per l'infiammazione successiva e principalmente l'infezione settica che ne segue.

Come cura, si fa rapidamente l'estrazione del feto dalle vie naturali con i soliti precetti, indi si baderà all'emorragia sia con pezzi di neve, che comprimendo con le spugne asciutte od inzuppate di acqua emostatica.

Infine, in taluni casi, o per la gravezza della lacerazione, o pel passaggio del feto e successivo versamento nell'addome, bisognerà fare la gastrotomia come estrema risorsa.

Art. 5. — STRETTEZZA, RIGIDITÀ DELLA VULVA E DELLA VAGINA

In certe donne, o perchè divenute madri in un'età avanzata, o perchè provvedute di forti muscoli, la rigidità e la resistenza dei genitali esterni è tale da riuscire cagione di distocia. La testa vien fuori, in tali casi, dopo sforzi ripetuti e con lacerazioni più o meno estese delle parti. Ma può pure succedere l'inerzia alla prolungata funzione dell'utero. Pare che non sia proprio la vulva, ma l'ostio vaginale che resiste

e che si tocca come un cordone tra l'orifizio vulvare e la testa (Budin).

La lacerazione d'ordinario accade in dietro, ma può verificarsi anche di lato. Qualche volta però essendo la vulva che resiste, il perineo si assottiglia e distende e può lacerarsi nel suo centro.

Si sono consigliate al proposito le incisioni di qualche centimetro con le forbici od il bistorino di Pott, ora nel mezzo ed ora nei lati, meglio 3 centimetri innanzi della forchetta. Tarnier consiglia di cominciare dal rafe e prolungare le incisioni in fuori ed ai lati dell'ano. Si ricordi però che anche con tali incisioni può succedere la lacerazione del perineo e quindi si tengano presenti le regole generali date al riguardo nell'assistenza al parto.

Art. 6.—RESISTENZA E LACERAZIONE DEL PERINEO

La resistenza del perineo con le posizioni occipito-posteriori nelle primipare sono le cagioni più frequenti di distocia. Dopo che il travaglio ha durato a lungo, o si ha l'inerzia per esaurimento della forza contrattile dell'utero, ovvero le contrazioni continuano e si rinforzano ed il feto muore e può aversi la rottura dell'utero. In generale i perinei più spessi e più edematosi sono quelli che più facilmente si lacerano.

Le lacerazioni del perineo si dicono *incomplete* quando si estendono fino al davanti dell'ano, *complete* quando interessano nello stesso tempo lo sfintere anale, *centrali* quando resta una porzione del perineo integra in avanti, mentre che in dietro si forma la lacerazione. Si comprende che in mezzo a tali divisioni possonsi incontrare gradazioni diversissime per estensione e forma della lacerazione.

Cagioni. Debole inclinazione pelvica, decubito dorsale, inesperienza di chi assiste al parto, posizioni

posteriori non ridotte, parto precipitoso, sforzi nel momento dell'espulsione, trazioni con gl'istrumenti, perdita di presa degl'istrumenti, conformazione speciale del perineo.

Schrenck ha rilevato sopra 181 lacerazioni:

Lacerazioni di 1° grado	134 = 74 %
» di 2° »	41 22.6
» di 3° »	1 0.6

Cura.—La cura principale dev'essere profilattica, impedendo cioè con le norme già esposte che la lacerazione del perineo abbia luogo.

In generale poi la cura, come la prognosi, sarà diversa a norma della specie della lesione e del momento in cui si è chiamati. Del modo come regolarsi quando si è assistito al parto, diremo a proposito delle cure del puerperio.

Quando poi si è chiamati ad osservare la donna nei primi giorni del puerperio o qualche settimana dopo, ecco la condotta da seguire. Se è lacerata la forchetta, la posizione e la nettezza delle parti, nel modo che diremo in seguito, sono più che sufficienti. Se la lesione è poco estesa, per non lasciare l'apertura vaginale beante, si applicheranno le *serre-fines* od una delle tante suture proposte. Diremo appresso quella da noi preferita. Si prescriverà il riposo della regione pelvica con le gambe ravvicinate, si ripeterà di tanto in tanto il cateterismo, si faciliterà la defecazione sia regolando la vititazione, sia con qualche bicchiere d'acqua di Janos, od altro purgante salino. Se la lacerazione è completa, Verneuil consiglia di fare una sutura vaginale profonda ed una perineale superficiale, evitando la sutura dal retto. Ma su questo ritorneremo nella terza parte del nostro lavoro.

Accanto alle lacerazioni del perineo bisogna però notare quelle delle altre parti dei genitali, che possono essere diversissime. Infatti la vagina, la vulva,

le piccole labbra possono essere lacerate, come pure la parte superiore e quelle laterali della vulva. Diremo in seguito il da fare. -

I vizi di conformazione dell'utero e della vagina meritano dall'aspetto del nostro lavoro ben poca considerazione, onde noi li trascureremo.

Accenneremo solo come l'imene persistente qualche volta sia riuscito cagione d'ostacolo all'espletamento del parto. In un caso recente esposto dallo Charpentier, come in altri registrati nella letteratura, l'imene a modo di cordone spinto innanzi dalla testa, ne impediva la espulsione e fu mestieri farne la incisione perchè il parto si fosse espletato.

Si tenga poi presente come molti casi di atresia della vagina non siano dovuti a vizio di conformazione, ma ad infiammazioni o soluzioni di continuo pregresse. Ma occupiamoci di una lesione molto più importante quale è il

Art. 7. — TROMBO DELLA VULVA E DELLA VAGINA

Si denomina trombo una raccolta di sangue dovuta ora ad infiltrazione, ora a raccolta nel connettivo della vulva, o circostante alla vagina. Talvolta però la raccolta si propaga fino nel connettivo della pelvi, e diviene una complicanza gravissima. È un avvenimento raro, Dubois, sopra 1400 parti, l'ha incontrato tre volte, Winckel una volta sopra 1600; esso può verificarsi anche nel corso della gravidanza e nel puerperio.

La raccolta si produce ordinariamente verso la fine del travaglio quando la regione fetale sta per essere espulsa. Laborie, vorrebbe distinguere tre specie di raccolta, a norma dei diversi piani aponevrotici del perineo nei quali ha luogo l'emorragia.

Cagioni. 1° Predisponenti: aumento di volume dell'utero; ipertrofia del sistema vasale pelvico; ostaco-

lo alla circolazione di ritorno; edema dei genitali; laschezza del connettivo del bacino e della cavità addominale; vizi pelvici; strettezza della vagina; varici dei genitali; disturbi circolatorii; composizione alterata del sangue. 2° Determinanti: travaglio; sfregamento esercitato dalle regioni fetali, o dalla mano, o dagli istrumenti; volume considerevole del feto; riscontro brusco e mal diretto; sforzi di tosse e vomito; violenze esterne.

Meccanismo. Per Blot, l'ostacolo alla circolazione prepara la dilatazione delle vene e l'assottigliamento delle loro pareti; una cagione accidentale qualunque le rompe ed ecco la raccolta.

Hervieux, per la sede, distingue quattro varietà: 1° *trombo vulvare*; 2° *perineale*, (distinto in superficiale e profondo); 3° *vaginale od intra-pelvico*; 4° *peri-addominale*.

Sintomi. Dolore più o meno violento, tenesmo e bisogno d'espulsione, crampi, formicolio negli arti inferiori. Tumore alla vulva o nella vagina rilevabile col riscontro vaginale o rettale, ecchimosi circostanti o più lontane dal tumore.

Prima del parto questo tumore può ostacolare l'espulsione e provocare fenomeni di compressione della vescica e del retto ed anche spostamento dell'utero. Può anche ostacolare l'uscita delle secondine. Possonsi avere i sintomi di una emorragia esterna od interna e questa può essere pure seguita da infiammazione intra-pelvica.

Esiti. Rottura ed emorragia grave; risoluzione; rottura tardiva; suppurazione; gangrena.

Diagnosi. Si faccia attenzione ai criteri sopra esposti, giacchè talvolta il tumore si è confuso col sacco delle acque, l'utero retroverso, il prollasso dell'utero, un'ernia strozzata, il prollasso della vagina.

Prognosi. Se il trombo è intra-pelvico, grave. Quando esso si produce prima del parto, è pericoloso per

la madre e pel feto. Dopo il parto la prognosi varia con la quantità e la sede della raccolta.

Cura. 1° Preventiva. Quelli che hanno assegnata molta importanza alle varici, hanno creduto di prevenire la formazione del trombo consigliando alla donna il riposo nella posizione orizzontale a lungo prolungato.

2° Curativa, nella gravidanza, nel parto e nel puerperio.

Nella *gravidanza* consigliare delle norme igieniche generali ed aspettare. Se il trombo si rompe, disinfettare bene la cavità con irrigazioni antisettiche ed imbottirla di spugne od ovatta fenicate.

Nel *parto* aspettare fino a che è possibile, poi espletare rapidamente il parto preferibilmente col forcipe, fare l'incisione quando proprio è indispensabile. È inutile dire delle irrigazioni e successive cure antisettiche.

Nel *puerperio* intervenire solo quando si hanno i segni della suppurazione, o si vede la mortificazione per soverchia compressione delle parti.

Art. 8. — PROLASSO DELLA VAGINA

Il prolasso della vagina può essere semplice o complicato al prolasso uterino, esser fatto dalla parete anteriore e quindi esser complicato da cistocèle vaginale, o dalla parete posteriore con o senza rettocele, esistere prima o prodursi nel momento del parto.

In questi casi la mucosa vaginale è spinta innanzi dalla testa del feto e sporge sotto la forma di un anello spesso, molle, di color rosso scuro. Bisogna prevenire questo prolasso o rimediarvi. Si svuoterà prima la vescica ed il retto, indi si ridurrà la mucosa e si manterrà ridotta col dito fino all'espulsione del prodotto del concepimento. Se malgrado ciò il prolasso

persiste, a prevenire i tristi effetti della compressione, si espleterà il parto al più presto con un'applicazione di forcipe.

Art. 9.—TUMORI FIBROSI DELL'UTERO

Non ci estenderemo intorno alla natura di quei tumori uterini che per la loro forma vennero denominati polipi e che sono fibromi, miomi, fibromiomi ecc. Essi, come è noto, possono trovarsi in tutte le porzioni dell'utero, più facilmente nella parete posteriore, e nei diversi suoi strati (sottomucosi, interstiziali, sottosierosi). Vediamo come influiscono sulla gravidanza.

I fibro-miomi dell'utero in generale ostacolano la fecondazione, o per gli spostamenti indotti negli organi, o per l'emorragia ed i catarri che provocano, o perchè occludono affatto il collo, provocandone la contrazione spasmodica, o per aderenze consecutive ad infiammazioni circoscritte ecc. Però non è raro che ad onta del tumore la fecondazione abbia luogo.

Ma se la neoformazione preesisteva alla gravidanza, specialmente nella varietà interstiziale e sottomucosa, essa cresce considerevolmente; i suoi elementi subiscono, come l'utero, un'ipertrofia ed iperplasia ed il tessuto si rammollisce per maggiore ricchezza di liquidi. Certe volte però il tumore durante la gravidanza è compresso e non può rilevarsi e dopo il parto poi cresce rapidamente (Olshausen, Depaul ecc.).

Il tumore poi può influire sulla gravidanza 1° favorendone lo sviluppo extrauterino; 2° favorendo la discesa dell'uovo e quindi lo sviluppo della placenta previa; esso però influisce in modo diverso a norma del suo volume e principalmente della sua sede.

Nel momento del parto ancora merita maggiore considerazione la sede del tumore, che il suo volume. Così, quando risiede nel collo può divenire ca-

gione di distocia, onde si è stato obbligato ad enuclearlo prima del parto (Langenbeck, Braxton Hicks). Se è sottomucoso e risiede nel segmento inferiore, può essere espulso prima del feto; se poi è peduncolato e sporge innanzi della parte presentata, o si rompe ed è cacciato fuori, o si può essere costretto ad esciderlo. Risiedendo il tumore verso il fondo, può essere pure di ostacolo al parto pel suo volume, ma questo è rarissimo. D'ordinario tali neoformazioni passano inosservate nel momento del parto, indi manifestano la loro presenza con le emorragie, i dolori uterini ecc. ed anche possono essere spontaneamente eliminate.

I polipi interstiziali influiscono allo stesso modo di quelli sottomucosi per la loro sede, più ancora che pel loro volume. Così pure quelli sottosierosi, che, essendo mobili, scendendo verso la parte bassa dell'escavazione, possono opporsi meccanicamente alla espulsione del feto.

Certe volte, mentre che il parto sembrava impossibile per la sede e pel volume del tumore, questo si sposta in modo da lasciare passare il feto.

I tumori fibrosi, facilitano le cattive presentazioni del feto, giacchè lo fanno restar mobile fino al termine della gravidanza; tutti convengono per la gravità della presentazione del tronco in siffatti rincontri.

Il secondamento in tali casi d'ordinario procede senza complicate, talvolta è necessario si faccia artificialmente ed è lungo e stentato; la placenta può essere inserita sul tumore e quindi provocare col suo distacco un'emorragia gravissima.

La prognosi è quindi assai seria per la madre e pel feto per la possibilità della retroversione od incarceration dell'utero, dell'emorragia, dell'inserzione viziosa della placenta, della rottura dell'utero, e della

cattiva presentazione del feto e spesso necessario intervento.

La diagnosi in certi casi è facilissima, basta fare il riscotro od applicare lo speculum, ma in altri è difficilissima od affatto impossibile. Si può dubitare dell'esistenza della gravidanza, poi di quella del tumore e, rilevato quest'ultimo, ne resta spesso in dubbio la sede e la natura.

Non daremo tutti i criterii delle singole diagnosi differenziali, ma si tenga presente che bisogna distinguere in siffatta congiuntura: la gravidanza extra-uterina, lo sviluppo sacciforme dell'utero, l'ipertrofia del suo segmento inferiore, l'allungamento ipertrofico ed il trombo del collo, i tumori del ligamento largo, quelli del setto retto-vaginale, le cisti dell'ovario, la retroversione.

Le complicanze possibili per la presenza dei fibromiomi sono: nella gravidanza, tutti i fenomeni che possono risultare dall'azione meccanica (volume, peso, sede) e che influiscono sulla madre e sul feto. Più quelli che possono dipendere dalle modificazioni patologiche di siffatti tumori.

Durante il travaglio: la rottura prematura delle membrane, la procidenza del cordone o degli arti, le difficoltà del parto, le presentazioni viziose, le rotture dell'utero ecc.; infine l'impossibilità del parto dalle vie naturali.

Durante il secondamento: la ritenzione della placenta, l'inversione uterina, le emorragie.

Cura.—1° Prima del concepimento: proibire il matrimonio, od evitare il concepimento.

2° Durante la gravidanza: cercare di evitare l'aborto. Lefour, Larcher, Hanck, Boldham, West, vogliono si debba intervenire, e cideo il tumore nel corso della gestazione, sempre che esso occupi il collo od il segmento inferiore. Ne' caso vi sia immi-

nente pericolo per la madre, determinato da qualcuna delle complicanze, si è autorizzati ad intervenire interrompendo il corso della gestazione.

3° Durante il travaglio: aspettare fino a che non vi sia pericolo per la madre o pel figlio, poi o tentare la riduzione del tumore, o levarlo. Se poi non si può operare sul tumore in modo efficace, regolarsi con i medesimi criteri che nei vizii pelvici. In generale il forcipe riesce meglio del rivolgimento, ma possono essere indicati l'embriotomia, la cefalotripsia ed anche il taglio cesareo.

4° Durante il puerperio: d'ordinario il tumore subisce assieme con l'utero un processo d'involuzione; altre volte quelli interstiziali o sottosierosi divengono peduncolati e sono eliminati. Le possibili complicanze sono state di sopra cennate. L'intervento dev'essere subordinato alle condizioni del tumore, alla natura delle complicanze ed allo stato generale della donna; ma si tenga sempre presente che un'infezione puerperale, provocata con l'intervento, uccide la donna assai più presto che non avrebbe fatto il tumore lasciato a sè stesso.

Art. 10. — ERNIE.

Vi sono osservazioni bene accertate nella scienza di donne che hanno portato a termine la loro gravidanza tenendo l'utero che faceva ernia da una delle solite regioni, più spesso però dalla linea alba. Si capisce come in tali casi si verifichino svariati disturbi, dipendenti sia dall'organo così spostato, sia dalla sua azione meccanica sugli organi che vi sono in rapporto.

Si cercherà di ottenere la riduzione, fino a che sia possibile, altrimenti si lascerà decorrere la gravidanza per intervenire nel momento del travaglio, sia

espletando il parto dalle vie naturali che, più spesso, col taglio cesareo.

Art. II. — TUMORI DELL'OVARIO.

È messa oramai fuori dubbio la possibilità della gravidanza non solo quando un ovario è ammalato, ma quando sono entrambi, purchè in qualche punto solamente avesse luogo l'ovulazione. Verificatasi la gravidanza, essa ed i tumori influiranno reciprocamente tra loro.

L'influenza della gravidanza sui tumori dell'ovario è variabilissima, essa ora li arresta nel loro corso, ora li esagera notevolmente. Tra i tumori dell'ovario, i più comuni sono le cisti semplici, quelle dermoidi ed i cancri sono maggiormente influenzati dalla gravidanza.

L'influenza poi della ciste sulla gestazione varia a norma della gravidanza, della sede e della natura del tumore, a cagione delle quali condizioni viene spiegata un'azione meccanica diversa. La ciste, se piccola, passa inosservata; se grande e respinta nell'addome, farà vedere in un'addome assai sviluppato due tumori; se poi di lato, si vedranno due tumori od uno solo che può fare rilevare o meno i caratteri dell'utero gravido, secondo che questo corrisponde in avanti od in dietro della ciste.

La ciste poi può infiammarsi e suppurare, onde pericolo pel corso della gravidanza e per la vita della donna.

Certe volte le cisti ovariche influiscono poco o nulla sul travaglio del parto, ma d'ordinario spiegano sopra di esso un'influenza maggiore che sulla gravidanza; tutto dipende dal volume del tumore, dalla sua situazione, dalle sue aderenze, dalla sua consistenza.

La ciste è piccola, liquida, mobile, è respinta in

sopra dello stretto superiore e non scende nell'escavazione che dopo il parto.

Se è molto grande, in modo che anche stando nell'addome una parte di essa occupi il bacino, costituisce un ostacolo diretto all'espulsione del feto. Altre volte esse operano indirettamente inducendo le obliquità uterine, le presentazioni viziose del feto, e disturbando l'energia e la regolarità delle contrazioni uterine.

Ma se la ciste occupava l'escavazione, essa primitivamente risiedeva nel cul-di-sacco retto-vaginale, poi ha acquistato aderenze nel piccolo bacino, che ostruisce più o meno completamente. O che la parte presentata non possa impegnarsi, o che essa s'impegni nello stesso tempo che comprime il tumore, si avranno disturbi negli organi vicini e spesso emorragie, collasso, peritonite ecc. Il feto muore e le manovre fatte per estrarlo comprometteranno quasi certamente la vita della madre.

Ma le cisti dell'ovario influiscono ancora sul corso del puerperio, sia provocando processi infettivi per alterazioni morbose in esse sviluppate, sia per le emorragie, le sincopi, le deviazioni uterine, l'incontinenza d'urina ecc., che ne possono derivare.

Quanto alla *diagnosi*, è da osservare come molte volte la ciste passi inosservata, quando è piccola, e come spesso per essa possa sorgere il dubbio sull'esistenza della gravidanza. Lo sviluppo enorme del ventre e la presenza dell'ascite metteranno sulla via della diagnosi, la quale sarà confermata dal palpatamento e dal riscontro.

Non ripeteremo tutti i segni di sopra esposti, ma si comprende come il volume, la sede e la natura della ciste potranno influire sulla possibilità di stabilire o non una diagnosi precisa.

La *prognosi* naturalmente starà in rapporto con tutte le condizioni di sopra esposte.

Cura. In generale può dirsi che la condotta dell'ostetrico deve variare a norma del caso speciale. Olshausen ha riassunto le indicazioni nelle proposizioni seguenti:

1° *Durante la gravidanza*, s'interverrà per minaccia d'asfissia della madre, per strozzamento intestinale ed infiammazione della ciste, o sua rottura e minaccia di peritonite, o torsione del peduncolo. I processi da scegliere sono: *il parto prematuro, l'aborto, la puntura, l'ovariotomia.*

Il parto prematuro o l'aborto debbono essere riservati per i casi nei quali la puntura e la riduzione del tumore non danno nessun risultato. L'uno e l'altro a norma del caso speciale.

La puntura, preferita da Spencer Wells, è indicata quando la distensione esagerata del ventre provochi fenomeni d'asfissia, o minaccia d'aborto per compressione dell'utero.

È possibile di offendere l'utero solo quando la gravidanza è sconosciuta. Però è utile, quando i limiti dell'utero non sono nettamente apprezzabili, d'infossare il trequarti sia a livello della spina iliaca del lato opposto a quello dove trovasi l'utero, sia in sopra dell'ombelico. In generale, quando si serbano scrupolosamente le norme antisettiche, la puntura non è pericolosa e può essere ripetuta; qualche volta però dopo di essa è accaduta la suppurazione della ciste.

L'ovariotomia nella gravidanza si è praticata il più delle volte perchè ignoravasi lo stato della donna, essa però ha dato in generale buoni risultati.

2° *Durante il travaglio* si seguiranno i medesimi criteri, si aspetterà cioè fino a quando sarà possibile e non si mancherà mai di tentare la *repulsione* in alto del tumore. Non riuscendo a questo modo, si tenterà la puntura dalla via rettale e vaginale ovvero, a dilatazione completa, si praticherà l'applicazione

del forcipe, od altra qualunque delle operazioni ostetriche, fino il taglio cesareo, che sarà meglio indicata.

In fuori delle cisti ovariche possono esservi molti altri tumori delle trombe, della vagina, dei cul di sacco vaginali, del retto ecc. che possono riuscire cagione di distocia. Saranno sempre i medesimi criteri generali che bisognerà seguire in ciascun caso.

Art. 12.—SECONDAMENTO ARTIFICIALE—EMORRAGIA DEL SECONDAMENTO

A. Inerzia uterina.—*B.* Volume eccessivo della placenta.—*C.* Debolezza e rottura del cordone ombelicale.—*D.* Contrazione spasmodica dell'utero.—*E.* Aderenza della placenta.

Sotto l'espressione *secondamento artificiale* bisogna intendere le difficoltà che possono rendere necessario l'intervento dell'ostetrico e che possono quindi complicare il secondamento. Esse sono:

A. Inerzia uterina. — L'inerzia dell'utero, ossia la sua mancanza di retrazione dopo il parto, potrà produrre conseguenze diverse a norma che si determina prima o dopo lo scollamento della placenta. Si fa la diagnosi col palpamento, che fa rilevare l'utero ridotto o non; col riscontro, che lascia toccare o non la placenta scollata sul collo dell'utero o nella vagina; con l'ascoltazione, che fa sentire il crepitio speciale, detto rumore dello scollamento placentare.

Se non vi ha scollamento, si faranno il massaggio dell'utero con le frizioni all'ipogastrio, le titillazioni delle labbra del collo; se poi vi ha scollamento e quindi emorragia bisognerà operare energicamente, come si dirà a proposito dell'inerzia secondaria.

B. Volume eccessivo della placenta. — Può dipendere sia da che la placenta è davvero più grossa,

sia da che vi è accumulo di grumi in sopra di essa, nel sacco formato dalle membrane. Si rileva allora l'utero voluminoso, la placenta poggia sul collo, ma non lo attraversa ad onta delle trazioni fatte sul cordone. Bisogna allora introdurre la mano nell'utero e tirare la placenta all'esterno con le dita fatte ad uncino.

C. Debolezza e rottura del cordone ombellicale.—Può dipendere da che il parto è prematuro, dall'inserzione del cordone sul margine placentare, o dalla sua ramificazione sulle membrane. Rotto il cordone, se non v'è emorragia, si aspetterà il distacco naturale; se v'è emorragia, s'introdurrà la mano e si estrarrà la placenta.

D. Contrazione spasmodica dell'utero.—Può aver sede in tutto od in parte del corpo dell'utero, in corrispondenza dell'orifizio interno od esterno. Lo spasmo dell'orifizio esterno e di tutto il corpo dell'utero sono eccezionali ed ordinariamente dovuti a manovre brusche, alla rottura intempestiva delle membrane e specialmente alla segala cornuta.

Lo spasmo dell'orifizio interno è più frequente. Allora, introducendo il dito nel collo a 12 o 15 centim., s'incontra uno stringimento fatto dall'orifizio interno; in sopra il corpo dell'utero può essere o retratto ed accollato sulla placenta, ovvero flaccido e molle. In quest'ultimo caso l'utero presenta la forma d'un orologio a polvere. Può succedere allora: 1° che la placenta stia nel corpo dell'utero, solo il cordone passi a traverso l'orifizio; 2° che la maggior parte della placenta stia in sopra, la più piccola in sotto del restringimento; 3° che la placenta stia nel mezzo compresa nello strozzamento; 4° che quasi tutta la placenta si trovi in sotto.

In tutti siffatti casi, fino a quando non v'è emorragia, bisognerà aspettare. Si farà intanto il piccolo clistere laudanizzato, e si spalmerà sul collo la pomata

di belladonna. Se v'è emorragia, oltre a questi mezzi, si farà la dilatazione del restringimento, introducendo dolcemente l'un dito dopo l'altro, e se neanche così si riuscisse, si farà l'anestesia, indi si ripeterà la manovra.

Quando è il corpo dell'utero che si contrae spasmodicamente e parzialmente, può esservi quello che dicesi *incistamento od incarceration della placenta*. Può essere contenuta tutta od una parte sola della placenta in una specie di sacca formata dalla contrazione d'una parte delle fibre muscolari dell'utero.

Anche in questo caso bisognerà regolarsi diversamente a seconda che v'è emorragia, o non.

Nel secondo caso si aspetterà somministrando gli antispasmodici innanzi cennati, indi si farà la cloriformizzazione e l'estrazione manuale della placenta. Nel primo caso poi bisogna non perder tempo e ricorrere subito a siffatti espedienti.

Si ricordi però che in tale estrazione è possibile la rottura dell'utero.

5° Aderenza della placenta. — È rara. Si sono invocate, per spiegarla, le infiammazioni, le apopleisie, le degenerazioni dell'organo. Si è distinta in generale e parziale. La si riconosce col riscontro che indica che la placenta non cade sul collo, e per l'abbassamento dell'utero quando si fanno le trazioni sul cordone. Se vi è aderenza generale, si aspetterà un poco nello stesso tempo che si farà il massaggio dell'utero, per vedere se sotto la retrazione dell'organo ne succede lo scollamento. Se poi l'aderenza è parziale, allora vi è emorragia e non si può indugiare nel fare l'estrazione della placenta. La mano introdotta nella cavità uterina distinguerà agevolmente la placenta e dolcemente, con la superficie cubitale, ne farà il distacco, procedendo come se dovesse sfogliare le pagine d'un libro.

Emorragie secondarie. — Vanno così significate

le emorragie che si producono dopo l'uscita del feto e che sono le più gravi per l'abbondanza e per la rapidità della perdita. Per i bisogni della pratica biso-

gna distinguere tre varietà: 1° L'emorragia è accompagnata da ritenzione della placenta; 2° essa continua o si produce dopo espulsa la placenta; 3° ovvero si determina alcuni giorni dopo il parto.

Tanto l'emorragia quanto la ritenzione della placenta sono prodotte dalla medesima cagione, l'inerzia uterina, che studieremo ora un poco più estesamente.

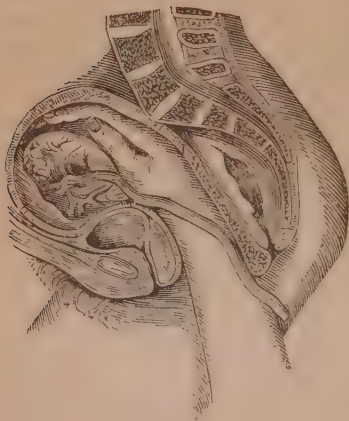


Fig. 30. — Distacco artificiale della placenta.

Cagioni.—L'inerzia uterina s'incontra nelle condizioni più diverse. Più di frequente nelle primipare, che hanno concepito in un'età avanzata, nelle donne più grasse, quando vi è distensione esagerata dell'utero (idramnios, gravidanza gemellare), dopo un travaglio lungo e laborioso, quando v'è resistenza del perineo pel quale bisogna intervenire; in una parola, nelle donne che presentano uno spossamento qualunque della fibra uterina. Si può avverare poi dopo il parto precipitoso, o quando il travaglio od il secondamento è stato disturbato da una cagione qualunque (emozione, manovre brusche, trazioni sul cordone ecc.); nelle donne albuminuriche ed anch

per eredità. Quest'inerzia sarà più o meno grave, secondo che è parziale o totale.

Sintomi. — Si è dato come sintomo precursore la mancanza di quel senso di freddo che precede od accompagna l'espulsione della placenta. Essa si produce in modo istantaneo e più o meno immediata-mente dopo l'uscita del feto. La perdita d'ordinario è mista. Se però è interna, si vede l'utero che gradatamente aumenta di volume e dal quale con la pressione fuoriesce sangue liquido e coagulato, nello stesso tempo che si hanno i segni generali dell'anemia acuta. Il riscontro dirà la cagione dell'emorragia.

Cura. — Quando v'è ritenzione della placenta, si è detto già sopra come bisogna procedere, a seconda della cagione diversa che opera. Come pure si è già indicato in qual modo bisognerà regolarsi negli altri casi.

Art. 13. — INVERSIONE DELL'UTERO.

Si chiama inversione dell'utero l'invaginazione del corpo nella cavità, un rovesciamento delle pareti, che fa divenire interna quella esterna.

Si distinguono col Nerrham tre gradi: 1° la semplice depressione; 2° l'inversione parziale; 3° l'inversione completa.

1° Nella prima forma il fondo dell'utero è depresso nella cavità, ma non forma tumore in vagina. Il riscontro combinato può far riconoscere l'alterazione.

2° Nell'inversione parziale il fondo dell'utero è uscito fuori dal collo e sporge in vagina. Col riscontro si tocca il fondo circondato dal collo a modo di cer-cine.

3° Nell' inversione completa, l'utero con la vagina fuoriesce dalla vulva. Allora esso non si tocca più nella regione ipogastrica e si vede nella parte supe-

riore del tumore un margine circolare che rappresenta l'orifizio dell'utero.

Cagioni.—Inerzia uterina—rilasciamento delle pareti—slargamento della sua cavità—pressioni esercitate d'alto in basso—trazioni troppo forti sul cordone.

Sintomi.—Scarso dolore nella forma di depressione, fortissimo nella forma specialmente completa—rapida formazione d'un tumore in vagina o fuori la vulva, circondato da un anello distinto alla base—depressione o mancanza dell'utero all'ipogastrio; la placenta può essere aderente ancora al tumore—emorragia e sincope prodotte quasi istantaneamente.

Cura.—Se la placenta è ancora aderente, si distaccherà prima, indi si tenterà la riduzione dell'utero. Tutto poi dipende dal momento in cui s'interviene. Quando si tenta la riduzione, dopo poco tempo si riesce ed il pericolo è meno grave di quando si interviene tardi; in questo secondo caso non si riesce e può aversi il caso dello strozzamento d'una porzione d'intestino e più tardi dell'ulcerazione e gangrena dell'organo, per soverchia costrizione fatta dal collo.

Per ottenere la riduzione, s'introdurrà la mano destra a pugno in vagina e di là si respingerà in alto secondo l'asse del bacino, sorvegliando con la mano sinistra dall'addome l'altezza raggiunta.

Ottenuta la riduzione, si darà la segala internamente e si farà restare almeno un paio d'ore la donna immobile nella posizione dorsale supina.

Art. 14.— EMORRAGIE PUERPERALI

A. Emorragia degli ultimi tre mesi.—*B.* Del travaglio.—*C.* Del secondamento.—*D.* Emorragie dopo il parto.—*E.* Emorragie interne.—*F.* Dei vasi del cordone.

Gli ostetrici hanno compreso sotto il nome di emorragie puerperali tutte le perdite di sangue che si verificano nella donna gravida, dal momento in cui si sopprime la mestruazione, fino al tempo nel quale essa ritorna. Distinguono poi:

1° *L'emorragia dei primi sei mesi*, da noi già studiata a proposito dell'aborto;

2° *L'emorragia degli ultimi tre mesi e del travaglio*, provocate entrambe dalla placenta previa, e che compromettono la vita del feto e quella della madre.

3° *L'emorragia del secondamento*;

4° *L'emorragia secondaria*; da poche ore dopo il parto fino alla comparsa della prima mestruazione.

1° Per l'emorragia dei primi sei mesi si riscontri il capitolo sull'aborto.

2° **A. Emorragia degli ultimi tre mesi. B. Del travaglio.**—Tutte le cagioni enumerate a proposito dell'aborto possono intervenire per interrompere il corso della gravidanza negli ultimi tre mesi, ma ve n'è una la quale domina tutte le altre, sia perchè la più comune, sia perchè la più grave, e questa è la inserzione anormale della placenta. Cotesta cagione opera così durante la gravidanza, che nel momento del parto, onde il bisogno di studiare assieme tali emorragie.

Quale sia il punto ordinario e normale dell'inserzione della placenta, non è ancora definito, giacchè taluni vogliono la parete posteriore, nel fondo od in vicinanza del collo, altri la parete anteriore, ed altri il margine destro od il sinistro. Dal che si può con-

cludere che la placenta può pigliare inserzione in un punto qualunque della parete uterina, senza che questo influisse in qualche modo sullo svolgimento dei fatti.

Si dice *inserzione viziosa* della placenta quella nella quale essa risiede, non solo nel segmento inferiore dell'utero, ma in vicinanza del collo che ricopre più o meno completamente. Si distinguono tre varietà:

A. *Centrale*, quando ne ricopre tutto l'orifizio interno.

B. *Parziale*, quando ne ricopre una porzione.

C. *Marginale*, quando sta nel segmento inferiore dell'utero, in modo da sfiorare il collo in qualche punto solo.

D. Infine taluni hanno ammesso una varietà *intra-cervicale*, negata dagli altri.

Anatomia patologica.—La placenta previa d'ordinario è più piccola e sottile, di rado raggiunge i 500 grammi. Presenta un diametro longitudinale doppio o triplo del trasversale.

La parte che si presenta prima è rosso-scura ed ecchimotica, l'altra pallida ed anemica. Altre volte la placenta sottilissima occupa buona parte della parete uterina e contiene cotiledoni più o meno alterati e degenerati. Secondo Depaul e Koller, le membrane in questo caso sono più spesse del normale; secondo Fielitz ed altri, sono più frequenti le aderenze alla parete uterina. L'inserzione del cordone è spesso eccentrica, marginale, velamentosa. Secondo Sirelius, il seno circolare sarebbe incompleto.

Cagioni.—Posizione della donna o paura nel momento del coito? peso dell'ovulo? (Stein), ampiezza maggiore della cavità uterina, tumefazione insufficiente della mucosa, rapporto tra il punto d'inserzione della placenta ed il piano anteriore del feto, spostamento della placenta con l'avanzarsi della

gravidanza (Carmichael), multiparità, tempo e luogo nel quale l'uovo è fecondato (Calderini), apertura della tromba vicino il collo; ecco le diverse ipotesi emesse al riguardo.

Sintomi. — Manifestazione brusca dell'emorragia senza sintomi precursori e senza nessuna occasione; breve durata della stessa e perdita considerevole, sua ripetizione dopo un periodo di 15 a 30 giorni, talvolta continua una perdita discreta, che aumenta di tanto in tanto. Manifestazioni generali dell'anemia più o meno avanzata; piccolo versamento di sangue nella cavità uterina.

Al riscontro, il segmento inferiore dell'utero si trova più spesso, tanto da non potersi distinguere la regione fetale presentata, nè poter ricavare il ballotamento vaginale. Qualche volta il collo uterino è alquanto dolente alla palpazione. Altro fatto importante poi è la frequenza della presentazione trasversale del feto, non trovando spazio sufficiente per impegnarsi uno degli estremi dell'ovoide fetale.

Nel momento del travaglio, quando il collo è dilatato, il dito arriva a toccare direttamente quel corpo molliccio, rugoso e diviso da solchi, che chiaramente si manifesta per la placenta. Infine sotto le contrazioni, in luogo di cessare, aumenta la emorragia.

Meccanismo — A spiegare il modo di prodursi dell'emorragia in tali casi, si sono messe innanzi molte teoriche, le quali possono rapportarsi a due capi: a quello cioè che fa derivare il sangue dalla placenta e dai suoi vasi, che non può ammettersi in modo esclusivo; ed a quello che ritiene l'emorragia dipenda dall'utero, il quale, sviluppandosi nella placenta previa specialmente e primitivamente nella sua zona inferiore, sarebbe seguito nei primi mesi dalla placenta, ma non così dal settimo mese in poi.

B. L'emorragia nel momento del travaglio, nella inserzione viziosa della placenta, è inevitabile, ed

è più o meno grave a seconda della varietà dell'anomalia. Essa dipende dalla dilatazione e dalla scomparsa del collo e quindi dalla lacerazione dei vasi utero-placentari.

Il sangue poi viene dai seni dell'utero in rapporto con i vasi lacerati della placenta, quando essa è solo in parte scollata, dal seno circolare e talvolta dalle arterie elicine nel punto di separazione dalla placenta (Mackenzie).

L'emorragia poi può arrestarsi: per formazione di coagulo nei vasi, o tra la superficie uterina e placenta, per l'afflosciamento dei seni e loro mutamento di forma, per l'anemia locale o generale, per la contrazione uterina, la diminuzione o mancanza di pressione sanguigna, la pressione fatta dall'uovo o dal feto, la separazione della placenta, lo scolo del liquido amniotico ed il progredire del travaglio.

C. L'emorragia dopo il parto può ancora derivare dall'inserzione anormale della placenta ed è di una gravezza eccezionale. Essa dipende dall'inerzia uterina, alla quale bisogna aggiungere la speciale vascolarizzazione del segmento inferiore dell'utero, per la quale ivi il tessuto è divenuto quasi cavernoso.

I segni, prima del parto, sono quelli esposti di sopra. Espulsa la placenta, poi se ne riconosce l'inserzione viziosa dai seguenti segni. Primo, dalla sede della rottura delle membrane, la quale, invece di corrispondere, come d'ordinario, in un punto opposto alla placenta, sta vicino ad essa, perchè nell'inserzione centrale è il più delle volte il chirurgo che le rompe. Nell'inserzione marginale pure la lacerazione avviene o è provocata vicino al margine della placenta. In secondo luogo la placenta presenterà quelle particolarità di sopra cennate.

Prognosi. — L'inserzione anormale della placenta è una delle più gravi complicanze della gestazione e del parto. Spesso la gravidanza non arriva a termi-

ne ed è compromessa la vita del figlio e quella della madre. Le condizioni che influiscono sulla prognosi sono: il momento nel quale accade il parto, il momento nel quale si determina l'emorragia (più presto, più grave): la maggiore o minore resistenza dell'orifizio alla dilatazione, la maggiore o minore energia delle contrazioni, le presentazioni viziose, la morte del feto, le aderenze della placenta.

Cura.—L'emorragia per placenta previa è una complicanza così grave, che da un momento all'altro può compromettere due esistenze. Tra gli altri casi della nostra pratica ne abbiamo presenti due, nei quali abbiamo trovato morte due povere madri di famiglia, insieme ai loro figli e, quello ch'è peggio, non già perchè non si era chiamato aiuto per tempo, ma perchè un medico arrivato prima non aveva saputo che cosa fare. È in considerazione di questo che ci dilungheremo un poco sulla cura.

Innanzitutto bisogna persuadersi che, trattandosi d'una perdita grave, non si raggiungerà lo scopo nè con i mezzi palliativi, nè con quelli igienici. L'oppio non serve che ad indebolire le contrazioni, il freddo e le iniezioni astringenti non hanno un'azione efficace. Resta dunque a discutere il parto forzato, la segala cornuta, lo zaffo, la rottura delle membrane, lo scollamento della placenta e sua estrazione prima del feto (Simpson, Barnes).

Parto forzato. — È il mezzo più antico e più pericoloso. È vero che Levret lo consigliava quando l'inserzione della placenta è marginale, ma è un mezzo circondato da grandi pericoli e neanche sempre sicuro. Le lacerazioni possibili, anche quando si segue il precetto d'introdurre la mano a cono in vagina ed indi un dito dopo l'altro nell'orifizio uterino, le complicanze del puerperio, se la madre scampa, derivanti da siffatte lacerazioni, lo fanno accettare solo *quando*

tutti gli altri mezzi sono andati a vuoto e la vita della donna è esposta ad imminente pericolo.

Rottura delle membrane. — Proposta e praticata da diversi ostetrici antichi, la rottura delle membrane fu elevata a metodo dal Puzos. Essa è accettata da tutti quando la placenta è inserita di lato, rigettata da taluni quando invece essa corrisponde al centro dell'orifizio. Però, quando la dilatazione è avanzata e l'emorragia continua, può farsi la rottura delle membrane e piuttosto col dito, o con uno stiletto di catetere, che col trequarti proposto da Baudelocque. Nel caso dell'inserzione centrale della placenta, invece di perforarla nel centro per raggiungere le membrane, si preferisce il processo di Gendrin, di scollarla cioè per uno dei lati e di là rompere il sacco. Non si farà nel caso di cattiva presentazione del feto.

Segala cornuta. — La segala cornuta costituisce un mezzo una volta largamente adoperato, ma ora limitato e largamente discusso. Ce ne occuperemo in un capo a parte. Essa potrà adoperarsi al proposito solo unita ad altri mezzi (zaffo, rottura delle membrane), ma a dilatazione avanzata o completa, a dose moderata e purchè non v' esista *vizio di bacino, lesione organica dell'utero e presentazione viziosa del feto.*

Zaffo. — È il rimedio sovrano in siffatte emorragie epperò vale la pena di occuparcene particolareggiatamente.

Lo zaffo non rappresenta altro che un ostacolo meccanico opposto alla fuoruscita del sangue, pel quale questo è obbligato a coagularsi dalla vagina ai vasi lacerati.

Si sono proposti dei tamponi speciali, fatti da pelle di caoutchouc dilatabili, quali il tampone di Gariel, il colpeurynter di Braun, il pallone di Chassagny, ma a tutti è preferibile l'ovatta e la filaccica.

Si può fare lo zaffo a coda di cervo volante, cioè

ligando tanti piccoli cumuli di filaccia od ovatta allo stesso filo alla distanza di pochi centimetri, ovvero a tamponi isolati e ligati ad un filo lungo 25 a 30 centim., ovvero a cul-di-sacco, introducendo una pezzuola che poi viene imbottita di filaccia.

Si situa la donna nell'ordinaria posizione dorsale, si pratica una larga irrigazione vaginale d'acqua fredda prima, indi di soluzione di sublimato, si vuota la vescica ed il retto, si introduce lo speculum e si riempie tutta la vagina, principalmente i cul di sacco vaginali, d'ovatta o di filaccia, poi si applicano delle compresse ed una fascia a T, che mantiene tutto in sito.

Se lo zaffo resta asciutto, ciò significa che è stato fatto bene, se invece apparisce bagnato di un liquido rossiccio, bisogna rimuoverlo e farlo da capo. Si mette una traversa di bucato sotto le natiche, per rilevare subito ogni novità. Intanto la donna resterà a letto e le si somministrerà latte, brodo, vino ecc.

Lo zaffo si rimuove dopo 12 a 24 ore, tirando i fili dolcemente, dopo d'aver sciolto almeno in parte il sangue coagulato con larghe irrigazioni d'acqua con l'acido borico o l'iposolfito di soda al 2 %, per renderla antisettica,

Gli avversarii dello zaffo gli hanno mosso tre rimproveri:

- 1° Di trasformare l'emorragia esterna in interna ;
- 2° Di determinare il travaglio prematuramente ;
- 3° Di riuscire penoso alla donna, mentre che ostacola la defecazione e l'orinazione e prepara le condizioni per un puerperio morbos.

Fino a che le membrane sono intere, è rarissimo il versamento di sangue nell'interno dell'utero, ed esso è pure limitato dal feto e dalle contrazioni, quando le membrane sono rotte. Pure, non si cesserà mai dal sorvegliare l'aumento di volume dell'utero ed, all'occorrenza, praticare una fasciatura compres-

va sul ventre, somministrare la segala nelle condizioni descritte, ed espletare il parto.

Che lo zaffo possa determinare prematuramente il travaglio, neanche è seria opposizione. Lo zaffo si pratica quando gli altri mezzi non sono riusciti e quando la vita della donna è in pericolo; nessuno allora la lascerebbe morire per non provocare il parto. D'altra parte, molte volte lo zaffo è restato per 36 e 48 ore, frenando l'emorragia e non provocando il parto.

Infine la difficoltà della defecazione e della orinazione finisce, togliendo al bisogno alcuni dei primi tamponi. Quanto al tempo pel quale deve restare lo zaffo e alla pratica ulteriore, non sono tutti d'accordo; Pajot e Dailly vorrebbero lasciare in sito lo zaffo fino a che esso non venisse espulso dalla contrazione uterina insieme col feto.

Ma innanzi tutto è da rimettere, contro tale pratica, la frequenza delle presentazioni viziose del feto, e poi che spesso, ad onta dello zaffo, l'emorragia continua e che spesso, a causa della grande perdita, le sole forze naturali non sono bastevoli per l'espletamento del parto. Infine, lo zaffo si sposta sempre alquanto con la dilatazione dell'orifizio, e quindi la perdita ricomparisce e la permanenza prolungata dello zaffo provoca molteplici maltrattamenti locali.

Quando si è chiamati per una prima emorragia e la donna trovasi in buone condizioni generali e la gravidanza non è molto avanzata (7° mese), si può sperimentare il metodo di Dailly. L'aspettare dopo aver fatto lo zaffo può far raggiungere lo scopo di frenare l'emorragia e fare sviluppare il feto per altri 20 a 30 giorni.

Ma se la gravidanza è più inoltrata, se l'emorragia si è già ripetuta altra volta, se la donna già dimostra i segni dell'anemia, non bisogna aspettare, ma, seguendo i precetti di Depaul, dopo 12 a 24 ore si

ripete lo zaffo, e quando le contrazioni si sono eccitate e la dilatazione s'avanza, si romperanno le membrane e si espleterà il parto al più presto.

Ma, dovendo intervenire, come bisognerà operare?

Se l'inserzione della placenta è marginale, non vi può esser dubbio, s'introdurrà la mano per la parte non occupata dalla placenta e si romperanno, se sane, le membrane, ovvero dalla loro lacerazione s'introdurrà la mano per fare il rivolgimento o l'applicazione del forcipe. Se presentasi il vertice, è possibile che esso, impegnato, faccia da zaffo ed impedisca l'emorragia ed allora è inutile d'intervenire.

Nel caso poi dell'inserzione centrale, taluni consigliano di perforare la placenta nel centro e di là rompere le membrane ed introdurre poi la mano, ma è preferibile il precetto di Gendrin, di scollare uno dei lati della placenta e di là introdurre la mano. La vita della donna è poggiata sulla rapidità della manovra. Tra l'applicazione del forcipe poi ed il rivolgimento, noi, a meno che non vi sia vizio pelvico, preferiamo sempre il secondo. È una manovra più spiccia, senza dire che la mano che ha scollato il margine della placenta, passando innanzi per cercare i piedi, forma da zaffo temporaneo alla uscita del sangue. E poi, la testa sta sempre in alto per la posizione della placenta e quindi bisognerà quasi sempre applicare il forcipe al distretto superiore ed, infine, è possibile che, introducendo le branche del forcipe, si scollino tutta la placenta, ovvero si applichino le branche sulla testa in sopra della placenta, onde la maggiore gravità dell'emorragia e la possibilità che nelle trazioni il forcipe lasci presa.

Scollamento della placenta. — Simpson consiglia di scollare tutta la placenta, appena che la dilatazione lo permetta, indi, cessata l'emorragia, espletare il parto. Ma con tale pratica si uccide certamente il feto, non si ottiene la cessazione dell'emorragia per-

chè il sangue viene dall'utero e non dalla placenta, infine, intervenendo, si dovrà praticare il parto forzato, del quale ognuno sa gl'inconvenienti.

Cura dopo il parto.—Ma spesso accade che neanche col vuotamento dell'utero il pericolo sia cessato. È possibile un'emorragia secondaria, dipendente da inerzia totale o parziale.

Si è consigliato in questi casi la *segala cornuta* (2 grm. in 4 dosi); l'iniezione ipodermica d'*ergotina* (ergotina grm. 1, glicerina ed acqua distillata ana grm. 3); l'*introduzione della mano* nella cavità dell'utero — il *freddo*, un pezzo di ghiaccio introdotto nell'utero (Levret); — le *docce* sull'addome (Gooch, Collius); — l'*elettricità* (Barnes, Radfort; — il *massaggio dell'utero*; — le *iniezioni endo-uterine* di acqua fredda o d'una soluzione di percloruro di ferro (115 grm. in 350 gm. d'acqua (Barnes); — la compressione dell'aorta (Bailly) o del ventre con una fascia molto stretta; — lo *zaffo endo-uterino* con un pallone di caoutchouc (Barnes e Chassagny). Lo zaffo vaginale, da taluni consigliato, è da rigettare, perchè trasformerebbe la perdita esterna in interna. Si badi nello stesso tempo alle condizioni generali dell'inferma e quindi ad apprestare gli eccitanti, qualche cordiale, eppoi l'autotrasfusione (fasciature espulsive sugli arti) e se n'è il caso anche la trasfusione.

4° Emorragie interne. — Oltre alle emorragie esterne fin qui studiate, vi sono quelle fatte da raccolta nell'interno degli organi genitali.

Queste possono aver luogo in tutto il tempo della gravidanza; nei primi mesi accadono nello interno della placenta (apoplessia placentare) e determinano l'aborto. Ma in un periodo più inoltrato è possibile lo scollamento della placenta, onde l'emorragia prima interna, indi esterna, o mista. Tali emorragie possono esser prodotte: 1° dalle contrazioni uterine che rompono i rapporti utero-placentari; 2° dalle bru-

sche congestioni uterine a seguito di forti emozioni (caso di Peu); 3° da violenze dirette; 4° dalle malattie febbrili acute.

La perdita in questi casi diviene considerevole specialmente nel momento del travaglio e già sopra sono state esposte le regole da seguire.

5° *Emorragia dai vasi del cordone*. — Infine l'emorragia può derivare dalla rottura dei vasi del cordone nel momento del parto, dipendente: 1° da alterazioni dei vasi ombelicali, o dalle loro ramificazioni, ovvero da varici degli stessi (Velpeau, De-neux, Cazeaux); 2° da distribuzione anormale di questi vasi nella inserzione velamentosa; 3° dalla brevità del cordone.

L'indicazione generale in questi casi è di espletare il parto nel più breve tempo possibile.

CAPO III.

DISTOCIA FETALE

Art. I. — PROCIDENZA DEL CORDONE. — BREVITÀ ANORMALE DEL CORDONE.

La distocia fetale può dipendere sia dagli annessi fetali e specialmente dal cordone, sia dal feto stesso.

Procidenza del cordone. — Naegelé dice che v'è *presentazione* del cordone quando esso, a membrane integre, si trova innanzi alla parte presentata; *procidenza* poi quando vi si trova a membrane rotte. Jacquemier distingue oltre la presentazione, la procidenza *incompleta* quando il cordone non fuoriesce dalla vagina, e *completa* quando esso pende in fuori dei genitali. Il pericolo pel feto però è lo stesso in ambo i casi. La procidenza, secondo Chur-

chill, si avvererebbe una volta sopra 221 parti, e spesso è complicata dalla procidenza di uno o più arti del feto.

Cagioni.— 1° Quelle che rendono più mobile il feto od il cordone: abbondanza del liquido amniotico, piccolezza del feto, procidenza d'un arto. 2° Quelle che lasciano uno spazio libero tra la parte presentata ed il segmento inferiore dell' utero: mancanza di contrazioni nel segmento inferiore dell' utero. posizioni irregolari del feto, vizi del bacino. 3° Quelle che avvicinano il cordone all'orifizio uterino: presentazioni trasversali del piano anteriore del feto, inserzione anormale della placenta, inserzione del cordone sulle membrane. 4° Quelle che danno al cordone più volume e più peso: lunghezza eccessiva del cordone, nodi del cordone, rottura prematura del sacco, scolo brusco del liquido stando la donna all' impiedi. 5° A queste cagioni Depaul aggiunge le manovre ostetriche fatte da mano inesperta.

Diagnosi.— A membrane integre, col riscontro si ha la sensazione d'un cordone molle, mobile, le cui pulsazioni non sono isocrone a quelle del polso della madre. Quest' ultimo carattere manca però quando il feto è morto, ma allora la diagnosi non ha importanza. A membrane rotte, la diagnosi è facilissima.

Prognosi.— La prognosi è grave pel feto se il cordone è compresso; meno grave se esso è libero; favorevole se il cordone corrisponde ad una delle sinfisi sacro-il'ache nelle posizioni anteriori del vertice e della faccia. Dal punto di vista del travaglio, la procidenza non ha nessuna influenza, a meno che, trovandosi tesa l'ansa del cordone innanzi della testa o della pelvi, non ne impedisse la discesa.

Cura — La cura della procidenza del cordone è di un' importanza capitale e varia a norma dei diversi casi.

Conosciuta la presentazione del cordone, si cer-

cherà di ritardare per quanto è possibile la rottura delle membrane, con tenere la donna a letto ed evitando di fare il riscontro. Birnbaum consiglia l'applicazione del colpeurynter di Braun, ovvero d'un tampone di Gariel per fare in modo che non solo il sacco resistesse più a lungo, ma le acque venissero fuori gradatamente, senza trascinare il cordone. Ma forse è meglio sorvegliare il momento della rottura delle membrane e la pulsazione del cordone per scegliere tra: 1° l'aspettazione; 2° il rapido espletamento del parto; 3° la riduzione del cordone.

L'aspettazione è permessa: quando il feto è morto, quando il cordone corrisponde ad una delle sinfisi sacro iliache e non presenta i segni della compressione.

Quando la dilatazione del collo è avanzata ed il cordone incomincia ad essere compresso, bisogna subito espletare il parto col forcipe o col rivolgimento. Solo quando ciò non è possibile si sceglie il terzo mezzo, cioè la riduzione del cordone. Essa può farsi la mercé della mano o degli istrumenti.

Si prende il cordone nella palma della mano e si porta in sopra dell'orifizio interno e della parte fetale che si presenta e si tiene così la mano fino a che la parte non si impegna ed adatta al segmento inferiore dell'utero. Ma o che il collo non sia dilatato né dilatabile, o che la parte presentata sia immobile, allora non sarà possibile l'introduzione della mano. Si farà uso in questo caso di uno dei tanti porta-cordoni proposti, ovvero dell'ansa formata negli occhielli del catetere, come praticamente si dimostra nella scuola.

Brevità anormale del cordone. — Quando essa è eccessiva, influisce sfavorevolmente sulla madre e sul feto. La brevità può essere naturale, ovvero accidentale, cioè prodotta da nodi o giri di cordone intorno agli arti del feto. Essa può determinare: il ral-

lentamento del travaglio nel periodo di espulsione, la morte del feto, il distacco prematuro della placenta, il rovesciamento dell'utero, lo strappamento del cordone ecc. ecc.

La brevità accidentale, secondo Naegelé, potrebbe essere diagnosticata con l'ascoltazione, sentendosi un rumore di soffio che accompagna i battiti fetali; ma essa si rileva dopo l'uscita parziale del feto. Se il cordone descrive una voluta intorno intorno al feto, si allungherà l'ansa, tirando da parte della placenta e se non si riesce, si preferirà di tagliarlo. Allora si terrà il cordone stretto tra le dita e si espleterà il parto nel più breve tempo possibile.

Nella presentazione pelvica, uscite le natiche, vi sarà ritardo nella discesa del resto del tronco, del quale fatto si rileverà la cagione portando un dito verso l'ombellico, ed uncinando con esso il cordone, il quale non cederà alle trazioni. Con le forbici a punta ottusa si taglierà allora il cordone quanto più si può in alto, indi si espleterà subito il parto.

Art. 2. — CAGIONI DI DISTOCIA DIPENDENTI DAL FETO

A. Eccesso di volume senza alterazione morbosa.—*B.* Eccesso di volume parziale per sviluppo patologico. — *C.* Presentazioni e posizioni patologiche.—*D.* Procidenze o direzioni viziose degli arti.—*E.* Distocia per gravidanza gemellare.

A. Eccesso di volume senza alterazioni morbose. — Nelle primipare avanzate in età, specialmente con feto maschio, può aversi uno sviluppo considerevole del feto. Però sempre che il bacino sia bene conformato e le contrazioni uterine normali, il parto potrà essere stentato, lungo, ma naturale. In qualche caso però bisognerà intervenire, ma questo, come bene osserva il Levret, sarà dovuto d'ordinario alla mancanza d'impegno e di rotazione delle spalle.

In generale, se la testa non s'impegna, od è immobilizzata, si farà l'applicazione del forcipe; se il feto è morto, si potrà fare prima la perforazione della testa, indi l'applicazione del forcipe. Se la testa poi è fuoruscita, o si faranno trazioni su di essa, ovvero s'introdurranno le dita sotto le ascelle e di là si faranno le trazioni. Che se neanche così si riuscisse, con le dita a quel modo introdotte, incominciando dalla spalla posteriore, si disimpegneranno le braccia, indi si tirerà su di esse. Si badi che così facendo non accada la frattura di qualche braccio.

B Eccesso di volume parziale per sviluppo patologico.

a) *Idrocefalia*.— Così va denominata la raccolta di siero nelle cavità dell'encefalo e dei suoi involucri, la quale è malattia abbastanza rara.

A spiegarla si sono messe innanzi molteplici cagioni: età avanzata dei genitori, alcoolismo, eccessi del coito, infiammazioni croniche dei ventricoli cerebrali, ostacoli circolatorii; ma la sola cagione meglio accertata è la sifilide.

Durante la gravidanza la diagnosi dell'idrocefalia è raramente possibile, pure fu fatta in qualche caso dalla grande mollezza della testa, dal suo volume considerevole e della elevazione dei battiti cardiaci nella presentazione del vertice. Nel travaglio, rotto il sacco, la testa si mostrerà come un sacco fluttuante con le suture e le fontanelle molto slargate, e resterà molto in alto. Nei casi in cui la testa è molto grande il travaglio non andrà innanzi e spesso sopraggiunge l'inerzia dopo la lunga durata delle contrazioni. Nella presentazione pelvica l'ostacolo si troverà del pari nell'impegno della testa; dai criterii dati e dal volume dell'utero potrà allora farsi la diagnosi.

La prognosi è grave pel feto più che per la madre.

Cura.—Nella presentazione del vertice, quando la parte non si impegna, si farà l'applicazione del for-

cipe e, se nemmeno si riesce con le trazioni, si farà la perforazione, indi, se ve ne sarà bisogno, l'applicazione del cranioclaste, che, come strumento di trazione, è superiore al cefalotribo. Nella presentazione pelvica si è fatta la perforazione dalla volta palatina (Riguard), dalle fontanelle (Mattei) ecc. Tarnier consiglia di tagliare la colonna vertebrale e dal canale rachideo spingere una sonda fino nel cranio.

b) *Encefalocele*. — È un tumore formato dalla fuoriuscita di parte delle meningi e del cervello con accumulo di siero, a traverso un foro del cranio o della faccia. Se ne distinguono diverse specie, ma esse interessano piuttosto l'anatomista-patologo od il chirurgo, che l'ostetrico. Il tumore può raggiungere fino il volume d'una testa di feto ed allora può riuscire di ostacolo nel momento del parto; che se la difficoltà fosse insuperabile, bisognerà allora pungere il tumore.

c) *Idrotorace*. — È affatto eccezionale che l'idrotorace solo sia così considerevole da riuscire cagione di distocia; esso d'ordinario è unito all'ascite.

d) *Ascite*. — Si è trovata l'ascite spesso accompagnata a lesioni infiammatorie del peritoneo, o degli altri visceri addominali. La quantità del liquido raccolto ha oscillato da 2 o 300 gram. ad alquanti litri. Spesso l'alterazione si accompagna a vizii di sviluppo, a lesioni della placenta. I segni assegnati all'ascite fetale durante la gravidanza non hanno valore; solo nel momento del parto, quando espulsa la testa il tronco resta immobile, si può col riscontro rilevare il grande sviluppo dell'addome del feto, ma anche allora può credersi trattarsi di ritenzione d'urina. La puntura col trequarti rimedierà a tutto.

e) *Ritenzione d'urina*. — Essa è quasi sempre dovuta ad occlusione dell'uretra che va unita ad altri vizii di conformazione. La vescica può raggiungere una distensione considerevole, tanto da ostacolare la e-

spulsione del feto. Si farà la puntura come per l'ascite.

f) Tumori della regione ano-perineale.—Sono tumori di natura e di volume diversissimi (cisti, sarcomi, cisto-sarcomi, fibromi cisto-fibromi, o pure dovuti a spina bifida) i quali in certi casi possono rendere il parto distocico. Se il tumore è liquido, se ne farà la puntura; se poi è solido, se ne farà la segmentazione.

C. Presentazioni e posizioni patologiche. — Delle posizioni occipito-posteriori non ridotte e delle mento-posteriori già si è fatta parola in altre occasioni; della presentazione del tronco ci occuperemo a proposito del rivolgimento.

D. Procidenza o direzione viziosa degli arti. Sotto il nome di *procidenza* si intende la presenza a livello od in sotto del distretto superiore, di una parte del feto che non appartiene alla regione presentata. Tale complicanza non è molto rara.

Per la diagnosi bisogna assicurarsi che vi è realmente la procidenza e quale è la parte che fa procidenza. Quando la parte presentata è molto elevata, spesso la seconda distinzione è impossibile.

1° Procidenza di una o di entrambe le braccia ai lati del vertice.—Se ne può fare la diagnosi prima e dopo la rottura del sacco. Solo nel caso che la testa sia molto sviluppata e le contrazioni un poco deboli, può derivarne difficoltà al parto, specialmente se sono procidenti le due braccia. Secondo Credé, solo quando tutto l'arto è procidente, può derivarne immobilizzazione della testa.

Prima della rottura del sacco come subito dopo, si tenterà la riduzione dell'arto procidente, impedendone la discesa fino all'impegno della testa; se ciò non è possibile e la parte non si avvanza, si eseguirà il rivolgimento.

2° Procidenza di uno o di entrambi i piedi.—E più rara di quella della mano, è più seria, si produce

spesso nei tentativi mal fatti di versione. Bisogna respingere in alto il piede, o la testa, o infine applicare il forcipe.

3° *Procidenza delle mani e dei piedi.* È rarissima ed osservata solo con feti macerati.

4° *Procidenza nella presentazione della faccia.* In questo caso la procidenza è più seria che nella presentazione del vertice, e, per poco che vi sia vizio pelvico, non si riuscirà col forcipe e bisognerà fare la craniotomia e l'embriotomia.

5. *Procidenza della mano nella presentazione pelvica.* Essa costituisce una complicità di lieve importanza; è solo nel momento dell'espulsione che una od entrambe le braccia possono elevarsi ai lati della testa; ma su di ciò torneremo a proposito del rivolgimento.

E. Distocia per gravidanza gemellare. — Essa può dipendere o da che 1° i feti isolati si presentano simultaneamente; o 2° da che essi sono aderenti o fusi tra loro in modo diverso.

1° I gemelli possono presentarsi entrambi pel vertice, od uno pel vertice e l'altro per la pelvi, ovvero entrambi per la pelvi. È nel momento del parto che si fa la diagnosi. La regola generale è di respingere la parte che si presenta la seconda e che quindi è meno impegnata. Quando non si potesse riuscire, sarà d'uopo ricorrere all'embriotomia.

2° Così pure nei casi di mostruosità, certe volte riesce di ottenere la espulsione o per la piccolezza del feto, ovvero perchè i due feti sono aderenti in modo da non doversi impegnare simultaneamente le loro regioni più voluminose; quando con tutti i mezzi di esplorazione conosciuti si avesse il convincimento dell'impossibilità del parto, non resta che fare l'embriotomia.

OPERAZIONI OSTETRICHE

Nel riassumere le operazioni ostetriche, seguiremo il trattato aggiunto dal Prof. Morisani al manuale di ostetricia di G. Braun, perchè il nostro libro potesse riuscire maggiormente utile agli studenti.

Trascureremo la descrizione particolareggiata degli istrumenti che oramai fanno parte del museo ostetrico, ed insisteremo poco su certi particolari, che sono affatto inutili pel medico pratico.

CAPO I.

OPERAZIONI PREPARATORIE

**Art. I. — ISTERO-STOMATOMIA — ELITROTOMIA — EPISIOTOMIA —
ROTTURA ARTIFICIALE DELLE MEMBRANE.**

Istero-stomatoma — Così va denominata la dilatazione cruenta dell'orifizio dell'utero — *Indicazioni.* 1° Stenosi o indurimenti dell'orifizio — 2° Rigidità semplice o anatomica — 3° Rigidità spasmodica — 4° Prolasso irreducibile dell'utero — 5° Nel parto forzato post-mortem. — *Manuale operativo:* Posizione della donna, dorsale col bacino rialzato, come per tutte le operazioni ostetriche, bistorino bottonato, l'indice sinistro come guida fino all'orifizio, piccole incisioni laterali di una a due linee profonde — Quando vi è atresia completa, non vinta nè dalle contrazioni nè dal dito, nel punto dove corrispondeva l'orifizio si fa la puntura e gli sbrigliamenti.

Elitrotomia. — La dilatazione cruenta della vagina è indicata quando vi è stenosi parziale della vagina 1° per persistenza dell'imene o di setti che impediscono l'uscita del feto—2° per restringimenti acquisiti precedentemente in seguito ad infiammazione o perdita di sostanza.—*Manuale operativo.*—Esso varia con la natura del restringimento. In generale si faranno sempre col bistorino bottonato piccole incisioni laterali.

Episiotomia. — È la dilatazione cruenta della vulva, è indicata quando la vulva è stretta ed il peritoneo per la sua struttura non cede e minaccia una rottura centrale. Si fanno col bistorino bottonato o con le forbici piccoli tagli laterali in corrispondenza e direzione delle tuberosità ischiatiche.

Rottura artificiale delle membrane. — *Indicazioni:* 1° Resistenza delle membrane a dilatazione completa—2° Emorragie, a collo dilatato o dilatabile—3° Nell'idramnios—4° Prima dell'applicazione del forcipe e del rivolgimento—5° Per eccessiva mobilità del feto e dopo averne fissato il vertice—*Controindicazioni*—1° Collo nondilatato né dilatabile—2° Incertezza della presentazione—3° Vizio pelvico—4° Precedenti parti precipitosi. — Si pratica nel momento della contrazione col dito, una penna d'oca, lo strumento di Dubois ecc.

Art. 2. — PARTO PREMATURO ARTIFICIALE - ABORTO PROVOCATO

Parto prematuro artificiale.—*Indicazioni.* 1° Restringimenti pelvici compresi tra 90 e 70 millimetri nella coniugata vera — Si farà in epoca diversa a norma del vizio pelvico paragonato alla lunghezza media conosciuta del diametro bi-parietale del feto, quello che d'ordinario viene a corrispondere al diametro antero-posteriore dello stretto superiore del bacino—Quindi si praticherà l'operazione a sette mesi

e mezzo nei restringimenti di 75 mill. (p. 23[4] ed otto mesi con 81 mill. (3 p.), ad otto mesi e mezzo, con 88 a 90 mill. (p. 3 1[4]). Al di là l'operazione è inutile, meno qualche raro caso. Un criterio pratico circa il momento dell'intervento è di indagare a traverso le pareti addominali con manovre esterne fino a che punto è possibile di fare impegnare la testa al distretto superiore del bacino. 2° Nel caso di malattia grave per la madre al punto da comprometterne l'esistenza. 3° Nei tumori addominali — *a*, quando il tumore impedisca meccanicamente l'ulteriore svolgimento della gravidanza e *b*, quando non lascerebbe espellere un feto a termine. 4° Nella morte del feto in più gravidanze anteriori.

Metodi operativi. — 1° *Frizioni sul corpo e sul collo dell'utero*, è un mezzo molto debole ed insufficiente — 2° *Processo di Hamilton*. Distacco del segmento inferiore delle membrane; è un metodo che solo è poco adoperato — 3° *Processo di Krause*. Scolamento delle membrane ed irritazione della superficie interna dell'utero, è il migliore di tutti i processi. Un catetere elastico inglese n. 9 o 10, ben disinfettato, è introdotto, per 20 a 25 centim. sulla guida dell'indice destro, tra la parete uterina e le membrane, e vi si lascia fino a che vengono i dolori — 4° *Processo di Tarnier*. È poggato sui medesimi criterii del precedente, solo che invece del catetere si adopera un tubo di caoutchouc con un'ampolla dilatabile all'estremo e guidata da un istrumento speciale — 5° *Processo di Cohen*. Iniezioni liquide tra le membrane e l'utero. Si adopera una siringa lunga 20 a 25 centim. del diametro di 3 a 5 mm. con curva analoga a quella del catetere da donna. — 6° *Processo inglese*, perforazione delle membrane in basso. — 7° *Processo di Meissner*. Perforazione della membrane in alto per impedire il rapido vuotamento dell'utero. — 8° *Processo di Kluge*. Dilatazione dell'orifizio con la spugna pre-

parata o con la luminaria — 9° *Processo di Rizzoli*. Dilatazione con i dilatatori — 10° *Processo di Barnes*. Prima le docce vaginali, indi l'applicazione di tre dilatatori successivamente più grossi — 11° *Processo di Kiwisch*. Iniezione vaginale di acqua a 34° Reaumur, continuata per 15 minuti e ripetuta tre volte al giorno — 12° *Processo di Scanzoni*. Sostituzione delle correnti d'acido carbonico a quelle d'acqua — 13° *Processo di Schoeller*. Zaffo della vagina colle spugne e la filaccica. — 14° *Processo di Huter*, lo zaffo fatto con una vescica animale ripiena d'una soluzione acquosa di segala. — 15° *Processo di Braun*. Zaffo dell'orifizio uterino e della vagina con una vescica di caoutchouc ripiena d'acqua, a cui ha dato il nome di *colpeurynter*. — Infine si è proposto l'uso dell'elettricità e del galvanismo, nonchè la suzione delle mammelle.

È inutile facessimo la critica di ciascun processo, basterà dire che è preferibile nella pratica sperimentare prima le docce calde alla Kiwisch, ed indi, nella non riuscita, il processo del Tarnier e del Krause.

L'operazione per la madre non è accompagnata da pericoli. I feti spesso soccombono quando si allontanano troppo dal loro completo sviluppo e perciò il poco favore che quasi generalmente oggi gode in ostetricia il parto prematuro artificiale.

Aborto ostetrico. — L'aborto può esser provocato per *necessità*, o per *elezione*. Le indicazioni di necessità sono due: 1° *Inchiodamento dell'utero retroverso*; 2° *Malattie della donna incinta*, sostenute od aggravate dalla gravidanza. La indicazione di elezione sta per i vizii pelvici, nei quali il diametro antero-posteriore è inferiore a 2 poll. 1½ (67 millim). In questi casi si tratta di scegliere tra l'aborto ed il taglio cesareo ed è la madre che deve decidere la questione.

Metodi operativi. — Tutti i processi indicati pel parto prematuro provocato potrebbero convenire per l'a-

borto, ma i più sicuri sono: 1° La puntura delle membrane; 2° La dilatazione del collo con la spugna preparata; 3° Il cateterismo endo-uterino alla Krause; 4° La causticazione della superficie interna del collo uterino col lapis di nitrato d'argento (Metodo del Giordano).

CAPO II.

OPERAZIONI DESTINATE A COMPIERE L'ESTRAZIONE SENZA OFFENDERE NÈ IL FETO, NÈ LA MADRE.

Art. I. — ESPRESSIONE — LACCI — PARTO FORZATO.

A. Espressione.— È costituita da quelle manovre fatte dallo esterno per favorire la espulsione del feto. *Indicazioni.* Sempre che le forze espulsive presentano una debolezza eccezionale, tanto per parte dell'utero che dei muscoli addominali. È efficace quando le pareti addominali sono sottili. Bisogna fare delle pressioni sulla parte che si presenta in modo intermittente, analogamente all'azione della contrazione uterina, sempre però quando è accaduta la dilatazione e non vi sia eccessiva sensibilità nelle pareti addominali. È controindicata poi nei vizii del bacino e quando per una cagione qualunque bisogna espletare il parto al più presto.

Laccio. — È un nastro di seta, o meglio di lana adoperato come mezzo contentivo, quando si vuol fissare una parte del feto già espulsa, mentre che se ne va cercando un'altra; o come mezzo di trazione quando per esso si tira sopra una parte che facilmente sfuggirebbe alla mano. *Indicazioni.* Si adopera col primo intento quando si vuol fissare il braccio fuoruscito nella presentazione della spalla, mentre che con l'altra mano si va alla ricerca dei piedi, per im-

pedire che l'arto procidente si elevi o sul lato della testa nel momento della estrazione, o sopra un piede già abbassato nel rivolgimento, mentre si va in cerca dell'altro. Col secondo scopo, quando dopo fissato uno dei piedi si fanno delle trazioni per mezzo di esso. Il laccio si applica a nodo scorsoio in sopra del polso o dei malleoli. A portarlo in alto, quando la parte è ancora molto elevata, si sono immaginati molti istrumenti, detti portalacci, i quali non compensano con l'utilità praticale cure sostenute per attuarli.

C. Parto forzato. — Consiste nella violenta dilatazione dell'orifizio uterino e porzione cervicale ancora ristretta, seguita dalla rapida estrazione del feto.

Il parto forzato è una delle operazioni più discutibili ancora; in alcune delle indicazioni proposte, può essere oggi certamente sostituito da qualche altra operazione più vantaggiosa. *Indicazioni.* 1° La metrorragia degli ultimi tre mesi della gravidanza. Quando gli altri mezzi adoperati non sono sufficienti, quando ad onta dello zaffo seguita l'emorragia esterna o diviene interna, l'unica speranza sta nel parto forzato; spesso s'incontrano nella dilatazione dell'orifizio uterino difficoltà minori di quanto si sarebbe aspettato. 2° Nell'eclampsia degli ultimi mesi della gravidanza. Oggi tale indicazione va limitata solamente all'intervento determinato dall'eclampsia sopraggiunta nel momento del parto. 3° Nelle rotture dell'utero, quando la gravidanza è vicino al suo termine e la testa o tutto il feto è restato nella cavità uterina.

Ma però in questo caso, quando può osservarsi una rigorosa antisepsi, è preferibile la laparotomia. 4° Nella donna morta in travaglio, quando l'ostetrico non abbia il tempo di assicurarsi che la morte non sia apparente (Rizzoli). Ma si consideri la rara possibilità della morte apparente ed il certo pericolo

al quale si espone il feto, nel cui interesse l'operazione va fatta. 5° Nella donna moribonda, ad evitare il taglio cesareo sulla donna morta (Esterle). A noi pare preferibile però la seconda operazione, per non esporre il feto ad inutili e certi pericoli, e per non abbreviare nemmeno d'un minuto la vita della madre.

Manuale operativo.—S'introduce la mano destra a cono in vagina, indi s'insinua la punta dell'indice e del medio successivamente nel collo uterino, premendo con essi contro le pareti in modo da fare lo spazio pel passaggio delle altre dita e di tutta la mano. La manovra dev'essere fatta lentamente e senza violenza; quando l'orifizio esterno resiste soverchiamente, si faranno gli sbrigliamenti nel modo cennato.

Art. 2. — VERSIONE

A. Cefalica. — B. Pelvica.

È un'operazione per la quale si sostituisce uno degli estremi dell'ovoide fetale, più vicino al centro del bacino, ad una parte anormale presentata, senza espletare il parto. Poichè si può sostituire l'estremità cefalica, o la pelvica, così si distingue: A, una versione cefalica e B, una pelvica.

A. Versione cefalica.—Può praticarsi con manovre esterne, interne e combinate. Può eseguirsi: nel tempo della gravidanza;—dopo la rottura delle membrane;—durante il travaglio, prima della rottura delle membrane.

Nel tempo della gravidanza, l'operazione è facile ed inutile anche fatta pochi giorni prima del parto, per la possibilità che il feto di nuovo muti presentazione.

Dopo la rottura delle membrane, difficilmente riesce, perchè il feto, meno rari casi in cui resta un poco di liquido amniotico, è immobilizzato.

Durante il travaglio, a membrane integre, purchè le contrazioni siano regolari, è maggiormente indicata la versione.

Controindicazioni. — Quando si deve espletare rapidamente il parto; 2° quando v'è procidenza del cordone; 3° nella gravidanza gemellare. Si è pure da taluni messa come controindicazione l'esistenza di vizio di bacino, ma noi limitiamo tale indicazione solamente a quei vizii nei quali deve preferirsi il rivolgimento al forcipe (vizii dello stretto inferiore con ravvicinamento delle tuberosità sciatiche, o soverchia strettezza dell'arcata pubica) accettando la versione cefalica quando deve farsi l'applicazione del forcipe.

La pratica con le manovre esterne è molto facile, bisogna fissare i due estremi fetali, cercando con una mano di ravvicinare maggiormente al centro la parte più vicina allo stretto superiore, con l'altra di favorire il mutamento di posizione del feto.

Con le manovre interne poi si sceglie la mano corrispondente all'occipite del feto. (Se la testa è a sinistra, la mano destra ecc.), spingendo la parte che si presenta all'orifizio, dal lato opposto a quello della testa, mentre che con la mano esterna si cercherà di fare che essa discenda. Se così non si riesce, si porta direttamente con la mano interna l'occipite all'orifizio uterino, mentre che con la mano esterna si respinge in alto il tronco del feto.

B. Versione pelvica. — Con le manovre esterne si procede allo stesso modo innanzi descritto, spingendo in basso le natiche invece della testa.

Con le manovre interne, si sceglie la mano corrispondente al lato opposto a quello occupato dal sacro o dal dorso del feto, operando sempre allo stesso modo e favorendo la manovra con l'altra mano dall'esterno.

Con le manovre miste (processo di Braxton-Hicks)

si cerca sempre d'operare nello stesso tempo ed allo stesso scopo con le due mani, l'una dall'esterno, l'altra dall'interno ed appena il ginocchio si trova vicino al collo, si afferra od uncina con le due dita che sono dentro e si tira definitivamente in basso. Si comprende che per praticarsi siffatto processo il collo debba essere dilatato al punto da lasciar passare due dita.

Secondo il parere del Chiara e del Morisani, tale processo riesce quando vi sono le condizioni favorevoli.

Art. 3. RIVOLGIMENTO

Il rivolgimento è un'operazione manuale per la quale si portano allo stretto superiore i piedi od i ginocchi del feto e, tirando su di essi, se ne espleta la estrazione.

Indicazioni. — 1° È l'operazione di regola nella presentazione della spalla, essendo in essa molto rara l'evoluzione spontanea. Se però la testa sta vicino all'orifizio uterino, può tentarsi prima la versione cefalica. 2° Quando bisogna espletare rapidamente il parto per qualche accidente sopraggiunto nel tempo del travaglio (emorragia, convulsioni, rotture uterine, procidenza del cordone ecc.) purchè vi siano le condizioni necessarie all'esecuzione dell'operazione.

Coteste condizioni sono: 1° Orifizio uterino *dilatato* (5 c. di diametro almeno), o *dilatabile* (che cede cioè facilmente alla pressione della mano). 2° Che la parte presentata non sia molto impegnata, giacchè essa d'ordinario nel primo tempo dev'essere respinta in alto; 3° Che non vi sia sproporzione tra i diametri della testa e quelli del bacino, meno pel bacino obliquo-ovale e quello che presenta considerevole strettezza dell'arcata pubica; 4° Infine è utile, ma non necessario, che le membrane sieno sane o rotte da poco, perchè allora il feto è più mobile.

Preparativi.—1° Apprendere ai parenti l'importanza dell'operazione; 2° Situare la donna alla sponda del letto con le natiche sporgenti ed elevate, gli arti inferiori semiflessi ed i piedi poggiati su due sedie. Due aiutanti firseranno gli arti, un terzo il fondo dell'utero ed un quarto, se è necessario, farà l'anestesia. 3° Se v'è bisogno, si vuoterà la vescica ed il retto. 4° Si terranno pronte le solite cose che possono servire per la madre o pel feto; 5° Fatta la diagnosi della presentazione del vertice o della faccia, s'introdurrà la mano, che, situata tra la pronazione e la supinazione, dovrà corrispondere con la faccia palmare al piano anteriore del feto. Nelle presentazioni del tronco si adopererà la mano omonima alla spalla che si presenta. La faccia dorsale della mano e l'avambraccio si spalmeranno di olio o di glicerina fenicata. 6° Per qualche accidente sopraggiunto nel momento del travaglio, s'interverrà appena sorge il bisogno. Come pure si eseguirà al più presto il rivolgimento per cattiva presentazione, ricordando che quanto più tempo passa, più esso diviene difficile.

Manuale operativo.—L'operazione si esegue in tre tempi: A. Introduzione della mano, — B. Evoluzione del feto; — C. Estrazione. Siccome in ciascuno di questi tempi possono sorgere delle difficoltà, le faremo seguire all'esposizione della manovra.

A. *Introduzione della mano.*— Con una mano si divaricano le grandi labbra, indi s'introduce l'altra a cono col margine radiale in alto. Si supererà dolcemente l'ostio vaginale, indi si dovrà dirigerla secondo l'asse del piccolo bacino. S' introdurrà parimenti la mano nell'utero, con *dolcezza* ma senza *esitazione* (Dubois); si romperanno in basso le membrane, se integre, si respingerà in alto la parte presentata, se è necessario, e, seguendo il più delle volte il piano anteriore del feto, od il sito pel quale si trova spazio, si arriverà sino al fondo dell'utero.

Questo tempo si esegue nell'intervallo delle contrazioni.

B. Presa dei piedi ed evoluzione del feto.—Si è esposto il metodo speciale da seguire nella presa dei piedi, ma in generale essi si afferrano come si può. Se si riesce a prenderne uno solo, non bisogna preoccuparsene, anzi taluni credono ciò sia preferibile, perchè l'altro ripiegato sull'addome, per l'aumento di volume, preparerà meglio le parti pel passaggio della testa. Qualunque poi sia il piede afferrato (anteriore o posteriore) si porterà all'orifizio uterino, cercando di rivolgere il feto sul suo piano anteriore. Mentre si esegue tale manovra, l'altra mano dall'esterno respingerà la testa verso il fondo dell'utero, per favorire l'evoluzione del feto. Questo tempo si pratica pure nell'intervallo delle contrazioni.

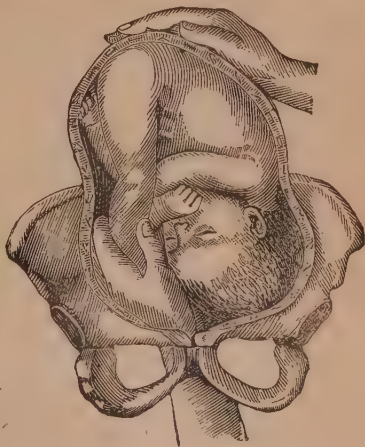


Fig. 31. — Rivolgimento nella posizione occipito-iliaca sinistra.

C. Estrazione.—Si fa nel tempo delle contrazioni. Se si son portati i piedi all'esterno, si tirerà su quello sotto-pubico, combinando le trazioni con un movimento di torsione, cercando di portare il dorso dietro una delle cavità cotiloidee. Se si è portato in basso un piede solo, si tiri su di esso, evitando di esten-

dere l'altro. Si fisseranno bene le regioni fetali con un pannolino, ed, a misura che il feto discende, si avvicineranno le mani alla vulva.

Arrivate le natiche alla vulva, si baderà allo stato del cordone ombelicale, tirandone un'ansa se è disteso, portandolo in dietro, se procidente, acciocchè sia meno compresso.

Se le braccia si sono elevate ai lati della testa, si introdurrà la mano, seguendo la concavità del sacro per disimpegnare prima l'arto posteriore.

Se la testa incontra difficoltà a venir fuori, o perchè estesa, o perchè trova ostacolo nel distretto inferiore, si praticherà una delle seguenti manovre: 1° Due dita vengono introdotte nella bocca e due dell'altra mano poggiano sull'occipite, flettendo così la testa, mentre che tra i due avambracci si eleva il dorso del feto sul ventre della madre (Smellie). 2° Due dita ad uncino premono sulle clavicole mentre con l'altra mano si elevano i piedi del feto sul ventre della madre (Kiwisch). 3° Uscite le spalle, stando a sinistra, con l'indice e col pollice destro si afferrano le scapole, e si cerca di portare il capo in basso; mentre nello stesso tempo, con l'indice sinistro, si preme sulla mascella inferiore. Giunto il mento alla commessura posteriore della vulva, la mano destra afferra i piedi e li porta sul ventre della madre, la mano sinistra fa leggiere trazioni sulla nuca (Braun).

DIFFICOLTÀ DEL RIVOLGIMENTO E MODO DI SUPERARLE

Primo tempo. — *a. Angustia della vulva.* Purchè non vi siano aderenze o cicatrici, si vincerà introducendo un dito dopo l'altro.

b. Resistenza degli orifizi uterini. — A suo tempo sono stati indicati i mezzi da sperimentare in siffatti rincontri (spasmo dell'orifizio). L'indicazione spe-

ziale dell'intervento guiderà pure pel metodo da seguire.

c. Posizione sconosciuta.—Introdotta la mano non di regola, potendo, si espleterà la manovra; altrimenti si introdurrà l'altra.

d. Inserzione della placenta sul collo. (Vedi placenta previa).

e. Mobilità dell'utero. Si lasci fissare da un aiutante, che faccia pressione sull'ipogastrio.

f. Difficoltà di trovare i piedi.—Si fletta molto l'avambraccio, ricercando i piedi in avanti. All'occorrenza, si faccia poggiare la donna sui gomiti e sui ginocchi.

Secondo tempo.—*a. Retrazione del corpo dell'utero.* — S'incontra sempre quando le acque sono colate da un certo tempo. Si adopereranno gli antispasmodici (belladonna, laudon, oppio, cloralio, cloriformio); si cercherà ripetute volte d'introdurre la mano nell'utero, senza spiegare molta forza; si comanda pure di salassare la donna all'impiedi fino al deliquio, ma si sia molto cauti nello sperimentare un mezzo tanto dubbio e pericoloso. Se il feto è morto, si faccia la decollazione, se è vivo; giova meglio aspettare.

b. La parte presentata è immobile.—Si cerchi di riuscire con le manovre esterne ed interne, senza però mai usare molta forza. Non raggiungendo lo scopo, si seguano i criteri di sopra esposti.

Terzo tempo.—*a. Brevità del cordone ombelicale.*—Quando tirando dolcemente sulla estremità placentare del cordone questo non cede, si tagli.

b. Volume eccessivo delle spalle.—Le spalle d'ordinario non discendono perchè il diametro bis-acromiale spesso si presenta in corrispondenza del sacro-pubico. Si portino le natiche successivamente verso l'inguine d'un lato ed il ligamento sacro-sciatico dell'altro e si raggiungerà lo scopo.

c. Incrociamiento di un braccio dietro la nuca. —

Questo può accadere in doppio modo: 1° elevandosi prima il braccio e poi passando dietro la nuca; 2° risalendo sul piano posteriore del feto, indi situandosi sotto l'occipite. È importante di stabilire la diagnosi per far seguire al braccio, nella riduzione, la stessa via; bisogna quindi ricercare la posizione dell'angolo della scapola, allontanato dalla spina nel primo caso, ravvicinato nel secondo.

Si procederà nella riduzione lentamente, incominciando dal braccio posteriore, nel raro caso che entrambi si fossero elevati. L'importante è di fissare il pollice a mododi stecca nell'ascella, raggiungere poi gradatamente il gomito e così far scivolare a poco a poco il braccio, senza impiegare forza e procurare una frattura. Nel caso si dovesse sprigionare il braccio anteriore, si abbasserà fortemente il tronco del feto e si ripeterà la stessa manovra. In generale si sprigiona il braccio posteriore con la mano sinistra, l'anteriore con quella destra.

Naegelè e Grenser consigliano, per facilitare la manovra, di fissare il torace del feto tra le mani, dopo lo sprigionamento del primo braccio, ed imprimergli un lento movimento di rotazione, in modo da portare in dietro il braccio che si trovava in avanti, indi si esegue la manovra.

d. Deflessione della testa allo stretto superiore. —

Se il bacino è normale, la testa delle ordinarie dimensioni, l'occipite corrisponde in avanti, si eseguirà una delle manovre descritte (*Vedi Versione*). Se l'occipite corrisponde in dietro, si solleverà il tronco del feto innanzi al pube, per sprigionare l'occipite in dietro. Se poi il bacino è viziato o la testa di eccessivo volume, essendo essa d'ordinario estesa, se ne tenterà la flessione, indi si tenterà l'applicazione del forcipe, della leva ed in caso d'insuccesso si farà la craniotomia.

Certe volte la testa rimane immobilizzata ma non per cagione meccanica, sibbene per retrazione dell'orifizio uterino sul collo del feto. Se la retrazione è



Fig. 32. — Disinpegno con la manovra di Praga

dell'orifizio esterno, se ne farà lo sbrigliamento; se poi è dell'orifizio interno, si adopereranno i diversi mezzi già esposti al riguardo; spesso però non si caccia che un cadavere.

e. L'occipite non ruota in avanti.—È raro che per tale cagione non succeda l'espulsione della testa, ma ciò avverandosi, si introduce la mano corrispondente al lato opposto a quello occupato dall'occipite e si cerca di portarlo in avanti.

Quando il sacco delle acque si è rotto da un certo tempo e la spalla si è profondamente impegnata, accade costantemente la procidenza del braccio, la quale non segna altro che un gradino più avanzato del parto per la spalla. La gravezza maggiore quindi, nel caso in parola, non deriva dalle difficoltà create dalla procidenza del braccio, ma da ciò, che l'utero è più o meno fortemente accollato sul feto e la spalla più profondamente impegnata, onde difficile od impossibile il respingerla in alto.

Si proveranno tutti i rimedi esposti per calmare lo spasmo dell'utero e, non riuscendo, a feto vivo si aspetti, a feto morto si faccia la decollazione.

E inutile ripetere il modo di eseguire il rivolgimento nelle diverse presentazioni o posizioni del feto, giacchè sono sempre gli stessi precetti da seguire, meno poche diversità dipendenti dagli speciali rapporti fra la parte presentata ed il bacino materno, spesso indicate dalla stessa mano che va in cerca dei piedi e successiva evoluzione del feto.

Quanto alla gravezza del rivolgimento, si è data come media meglio accertata quella di 1 bambino morto sopra 3, 1 donna sopra 15. In realtà il pericolo pel feto e per la madre è in rapporto del tempo nel quale s'interviene, giacchè quando vi sono le condizioni favorevoli, il rivolgimento è un'operazione assai meno grave.

PRESENTAZIONE DELLA FRONTE

Fino a poco tempo addietro la presentazione della fronte, seguendo le teoriche degli ostetrici francesi, non era ritenuta che come una varietà di poca importanza della presentazione della faccia. Idee contrarie ma diverse e talvolta tra loro anche contraddittorie, si professano al riguardo dalla scuola tedesca ed inglese. Dopo i pregevoli lavori poi pub-

blicati al riguardo presso di noi dal Mangiagalli, dal Negri, dal Chiara, dal Chiarleone, oltre alle osservazioni addotte dal Tibone e dal Cuzzi, sarebbe una mancanza non farne parola.

In certi casi la presentazione della fronte al principio del travaglio si corregge, ossia è sostituita da quella del vertice o della faccia. In altri però la fronte resta ed è espulsa la prima dalle vie genitali. Ecco in che modo:

Quando la fronte è più bassa, al principio del travaglio, il diametro mento-occipitale non trovasi parallelo al piano del distretto superiore, perchè il diametro fronto-mentoniero è più corto di quello fronto-occipitale.

Ora, discendendo così la fronte, in un dato punto sarà impegnato prima il mento che l'occipite, e quest'ultimo potrà impegnarsi più tardi, perchè il diametro occipito-mentoniero si è insinuato di sbieco.

Così discesa, la fronte *rota in avanti*, mentre il *vertice si porta indietro*. Nel disimpegno si vedrà alla commessura anteriore della vulva prima la fronte poi gli occhi e, mentre la mascella superiore è fissata contro la sinfisi, il vertice si sprigiona innanzi al perineo. Uscita la volta cranica, apparirà sotto la sinfisi il mascellare superiore, la bocca, il mento.

In questa presentazione il parto naturale è stentato e difficile e più che al distretto superiore, a quello inferiore, pel cennato rapporto del diametro occipito-mentoniero.

Cura.—Riconosciuta la presentazione al principio del travaglio, si cercherà con la mano di abbassare l'occipite od il mento, per sostituire una presentazione regolare del vertice o della faccia. Si ricordi che ciò sarà difficile quando la parte è impegnata nell'escavazione.

Se la correzione non è possibile ed il travaglio non progredisce, si farà l'applicazione del forcipe, cer-

cando di favorire la rotazione posteriore dell'occipite. Tirata la fronte in basso e fissato il mascellare superiore o la radice del naso sotto l'arcata del pube, s'innalzeranno i manichi dell'istrumento per sprigionare in dietro l'occipite, indi si abbasseranno per disimpegnare il resto della faccia.

Art. 4. — UNCINO OTTUSO

Vi sono molti uncini ottusi (Smellie, Baudelocque, Sander, ecc.), ma non vale la pena di descriverli, giacchè un manico d'una branca del forcipe può servire lo stesso, sebbene sia preferibile quello di Smellie.

Indicazioni. — Sul feto *vivo*, nella presentazione pelvica, sull'inguine, quando la parte è troppo elevata da non raggiungersi col dito. Nella presentazione cefalica sull'ascella, quando non la si può raggiungere e pure bisogna intervenire.

Sul feto *morto*, sulle parti indicate, come pure sull'orbita, sul mascellare inferiore ecc. Può servire ad abbassare la colonna vertebrale nell'embriotomia (metodo Celso, Dubois), come pure ad estrarre le parti divise.

Manuale operativo. — Si riscalda prima un poco, poi si unge con olio fenicato, indi s'introduce sulla guida della mano fino sulla parte dove si deve fissare, imprimendogli un movimento di rotazione. Si tirerà poi secondo gli assi, badandosi al principio che sia stato ben situato.

Bisogna limitare per quanto è possibile l'uso di tale istrumento sul feto vivo, perchè, quando le trazioni fatte per mezzo di esso sono troppo energiche, può riuscire dannoso sul punto che comprime.

Art. 5. — LEVA

La leva rassomiglia molto ad una branca del forcipe: ha un cucchiaino fenestrato sostenuto da un collo

e fissato sopra un manico, il cucchiaino ha la sola curva sul piatto e manca di quella sui margini. La leva del Verardini è articolata e quindi adattabile alla curva della testa.

Indicazioni. — Per raddrizzare le posizioni inclinate — per convertire la presentazione della faccia in quella del vertice — per agevolare la rotazione anteriore del mento o dell'occipite — per estrarre la testa trattenuta da una cagione qualunque allo stretto superiore.

Manuale operativo. — L'introduzione della leva si fa come diremo per ciascuna branca del forcipe. Essa o si porta fin dal principio nel punto sul quale deve operare, ovvero si porta prima in dietro del bacino, indi gradatamente in avanti, in dietro della sinfisi, come dev'essere di regola applicata. Si badi a farla poggiare sull'occipite o sulla regione mastoidea e non introdurla molto profondamente per non comprimere la faccia od il collo del feto.

Si può far funzionare l'istrumento come leva di primo genere, premendo con una mano nella sua parte media e sollevando il manico in senso opposto con l'altra mano. Ovvero si può adoperare come leva di terzo genere, fissando con una mano il manico, e premendo con l'altra nel mezzo dello strumento.

Apprezzamento. — Nelle presentazioni inclinate si applica la leva sulla regione più lontana dal posto che doveva occupare. Per far rotare l'occipite o il mento in avanti, si poggia l'istrumento sul lato della testa più vicino al punto che deve venire in avanti.



Fig. 33.—Leva di Baudeloque.

Come istrumento di trazione (Fabbri) la leva va paragonata al forcipe.

A. Presentazioni del vertice.—*Testa nel distretto inferiore.*—Il forcipe è sempre preferibile alla leva, meno nel caso di restringimento dell'arcata del pube e ravvicinamento delle branche ischio-pubiche o delle tuberosità ischiatiche.

Nella escavazione.— Il forcipe è qui ancora preferibile, meno nel caso in cui la testa sia mediocrementemente estesa e la fontanella anteriore si avvicini al centro del bacino (Boddaert).

Nel distretto superiore.—È preferibile la leva. 1° Perchè col forcipe non si può tirare secondo gli assi del bacino; 2° Perchè il forcipe allo stretto superiore prende la testa pel diametro occipito-frontale, mentre la leva, poggiando sull'apofisi mastoide, comprime sul diametro da ridurre, il bi-parietale; 3° Perchè nei vizii pelvici il forcipe, avendo fissato malamente la testa, al meglio delle trazioni lascia presa, ciò che è più difficile a verificarsi per la leva; 4° Perchè col forcipe, afferrandosi malamente la testa, i manichi restano troppo divaricati e maltrattano l'orifizio uterino; 5° Perchè il forcipe tira la testa in avanti, dove vi è meno spazio nei bacini viziati, la leva invece la porta indietro e lascia sorpassare il promontorio del sacro.

B. Nelle presentazioni della faccia.—Nel distretto superiore possonsi fare all'applicazione del forcipe gli stessi rimproveri che per la presentazione del vertice, con questo di più, che, fissandosi la faccia d'ordinario malamente, perchè si portano le cucchiaia ai lati del bacino, si viene a fare compressione sul collo. La leva evita tale compressione, dirige la testa nell'asse del distretto, riduce il volume da avanti in dietro, nel senso del diametro pelvico più stretto.

Quando la faccia si trova nell'escavazione o nel distretto inferiore, è preferibile il forcipe, meno for-

se nelle posizioni mento-posteriori, per le quali potrebbe con la leva tentarsi la rotazione anteriore del mento.

Sulla testa dopo l'uscita del tronco. — Nel distretto superiore e nell'escavazione la leva è preferibile al forcipe, poggiando l'istrumento sull'occipite, sulla regione mastoide o sulla tempia, a seconda dei casi (occipite trasversale, fronte anteriore). La fronte si respingerà direttamente in dietro o sotto l'arcata pubica, secondo che la testa è flessa od estesa.

Al distretto inferiore è preferibile il forcipe.

Art. 6. — FORCIPE

Il forcipe è una grande pinzetta articolata a due *branche*. Ogni branca consta di tre parti: *cucchiaio*, *manico*, *articolazione*. I cucchiai presentano due curve, una sul piatto per adattarsi alla testa del feto, l'altra sui margini per adattarsi alla curva pelvica; inoltre essi sono fenestrati. I manichi ora terminano ricurvi, rappresentando uno l'uncino ottuso, l'altro l'uncino acuto ricoperto da una oliva, ora sono rivestiti di legno. L'articolazione è quella che più varia nei diversi forcipi: nel forcipe di Levret la branca *sinistra* o *maschio* porta un *perno*, che penetra in un' *incisura* dell'altra branca, o *femmina*; in quello di Siebold l'incisura è laterale; in quello di Bruninghausen il perno è sostituito da un chiodo, che entra nell'incisura laterale dell'altra branca e resta fissato



Fig. 34. — Forcipe di Levret.

premendo sui manichi; in quello di Smellie l'articolazione è fatta da un doppio intacco; in quello di Tar-sitani il perno è più lungo e può articolarsi comunque capitì l'altra branca, in sopra od in sotto dell'incisura, vi è inoltre una cerniera sulla branca destra, che permette di portare i manichi sempre allo stesso livello. Il forcipe di Thénance, a differenza di tutti gli altri, ha le branche rette e non incrociate.

Petit e Laverjat, per sorvegliare la compressione esercitata dai cucchiari sulla testa, adattarono una cremagliera tra i manichi; Baumers fece costruire un forcipe adattabile da avanti in dietro nel bacino, per ovviare all'inconveniente, frequente nei bacini viziati, di comprendere tra le branche del forcipe portate ai lati del bacino, il diametro occipito-frontale del feto.



Fig. 35. — Forcipe di Pajot.

Il forcipe francese o di Levret, detto comunemente di Dubois, è lungo 45 centim.; centim. 24,3 dall'estremo dei cucchiari all'articolazione; il maggiore divaricamento tra i cucchiari è di centim. 5,4. Pajot ha fatto costruire un forcipe più piccolo, lungo 32 centim. con la distanza tra i cucchiari di centim. 4,3 il quale corrisponde bene quando la testa è arrivata nella parte bassa dell'escavazione od al distretto inferiore. Il forcipe classico, accanto ai suoi grandi vantaggi, presenta i tre seguenti inconvenienti; 1° per la sua stessa forma e presenza del perineo, quando la testa trovasi al distretto superiore, non permette le trazioni secondo l'asse del canale pelvico; 2° immobilizza la testa nel tempo delle trazioni; 3° manca di un regolo, che indichi la direzione da dare alle trazioni.

Tarnier ha cercato di ovviare a siffatti inconvenienti col suo nuovo forcipe, il quale presenta: quat-



Fig. 36. -- Forcipe di Tarnier.

tro branche sovrapposte, due di *trazione*, che stanno in sotto di quelle di *prensione*, sono fissate in basso ed in dietro dei cucchiaini di queste e sono rette; terminandosi sopra una impugnatura trasversale; due branche poi di *prensione*, incrociate come nel forcipe ordinario, che hanno in basso un'articolazione mobile in tutti i sensi ed una vite di pressione, che può essere a volontà elevata ed abbassata.

L'introduzione dell'istrumento va fatta con le norme ordinarie che in appresso diremo, solo che ogni branca introdotta è composta di due porzioni, (di *prensione* e di *trazione*); prima di articularlo poi si passano le branche di *trazione* da un lato all'altro per sopra il perno. Fatta l'articolazione, si ravvicinano i manichi, si fissano le branche con vite e s'insinuano le branche di *trazione* nella impugnatura innanzi descritta. Per tirare nella buona direzione, le branche

di trazione debbono esser lontane da quelle di prensione, lasciate libere, per circa un centimetro.

I vantaggi del nuovo forcipe sull'antico sono: 1°, ci vuole minor forza di trazione; 2°, tira negli assi pelvici, e quindi non maltratta i tessuti materni; 3°, tirando negli assi, la testa non ha tendenza a sfuggire dai cucchiari; 4°, dà migliore punto d'appoggio per le trazioni; 5° non aumenta la compressione sulla testa con l'energia delle trazioni (questo punto è ancora discutibile); 6°, lascia alla testa la sua mobilità e quindi la possibilità d'adattamento alla curva dei genitali; 7°, presenta un ago indicatore.

I solidi argomenti scientifici addotti dall'illustre ostetrico parigino avevano fatto già intravedere il valore del suo nuovo strumento e l'esperienza ha giustificato ampiamente le sue previsioni. Il forcipe Tarnier oggi è accettato ed adoperato con vantaggio da per ogni dove e noi vorremmo vederlo maggiormente diffuso presso di noi nell'esercizio pratico.

Indicazioni. — 1° Nelle posizioni inclinate, o irregolari del vertice o della testa; — 2° Nelle angustie pelviche non inferiori agli 81 mm, non potendosi il diametro bi-parietale del feto, che misura da 87 a 95 mm. ridurre più di centim. $1\frac{1}{2}$ senza comprometterne l'esistenza; — 3° Negli accidenti che sorgono nel momento del travaglio (emorragia, convulsioni, rotture dell'utero, procidenza del cordone ecc.); 4° Nei casi di resistenza del perineo, favorendo l'estensione della testa; 5° Nell'inchiudamento della testa.

Circa il tempo poi nel quale deve farsi l'applicazione del forcipe, nulla può dirsi in modo assoluto, essendo esso diverso a norma della cagione per la quale s'interviene. In generale bisogna tener presente che fino a quando le membrane sono integre, il travaglio può prolungarsi impunemente; dopo poi, si apprezzino bene i fatti, e noi in verità vorremmo

piuttosto che si facesse una innocente applicazione di forcipe soverchia *lege artis*, anzichè lo scrupolo di averla fatta troppo tardi. Gl'inconvenienti poi dell'applicazione del forcipe, riguardo alla madre, si evitano, operando in regola ed osservando le più rigorose norme antisettiche; in riguardo al feto, meno le transitorie paralisi facciali, non ve ne sono altri, giacchè gli effetti sul cervello della compressione esagerata si avverano quando i limiti prescritti per l'operazione non sono stati rigorosamente osservati.

Condizioni necessarie per l'operazione. 1° Orifizio dilatato o dilatabile; 2° Membrane rotte; 3° Bacino ristretto nei limiti indicati; 4° Che si presenti la testa flessa od estesa; 5° È utile ma non necessario che la testa sia impegnata allo stretto superiore. L'applicazione del forcipe sulle natiche (Dubois, Stoltz, Tarnier) può farsi solo in condizioni eccezionalissime.

Operazione. I preparativi circa la posizione della donna, la disposizione degli assistenti e quanto può occorrere, sono i soliti di tutte le operazioni ostetriche.

Tutte le applicazioni di forcipe si dividono in *dirette*, quando si portano i cucchiai nei lati del bacino, non tenendo conto della regione della testa sulla quale capitano; ed *indirette*, quando cioè si applicano i cucchiai sugli estremi del diametro bi-parietale, in qualunque punto del bacino essi corrispondano.

Per facilità di esposizione distingueremo le applicazioni del forcipe in quelle fatte *A*, sul vertice, *B*, sulla faccia *C*, sulla testa dopo l'uscita del tronco, *D*, sulla testa dopo la detroncazione.

A. Le applicazioni di forcipe sul vertice possono farsi: *a* — nella parte bassa dell'escavazione, od al distretto inferiore — *b* — al distretto superiore — *c* — in sopra del distretto superiore.

APPLICAZIONI DIRETTE

Nelle posizioni occipito-pubiche ed occipito-sacrali i cucchiai capitano sul diametro bi-parietale.

a. Occipito-pubiche.—*Primo tempo.* S'introduce

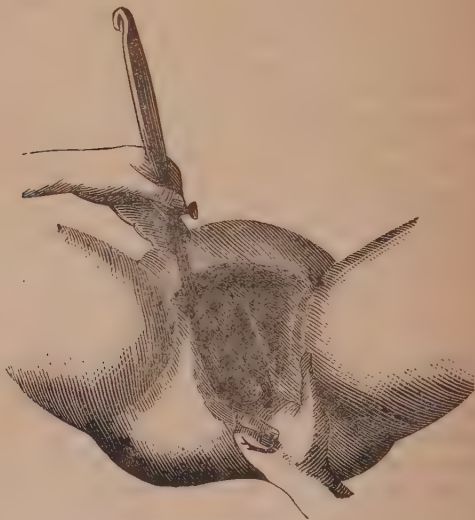


Fig. 37. — Introduzione della 1^a branca.

la branca sinistra, nel lato sinistro del bacino, tenuta con la mano sinistra e la prima, sulla guida di due o tre dita, o di tutta la mano destra. Bisogna seguire nell'introduzione l'asse pelvico e non mai adoperare la forza; e se non si riesce, è preferibile ritirare la branca e ripeterne la introduzione. Ciò fatto, si affida la branca applicata ad un assistente e con i medesi-

mi precetti s'introduce l'altra branca e sempre nello intervallo delle contrazioni.

Secondo tempo. Consiste nell'articolazione delle branche, la quale è d'ordinario facile ed è fatta dalla introduzione del perno nella incisura. Che se ciò non riuscisse, si raddrizzerebbero le branche, si porterebbero allo stesso livello ed, all'occorrenza, si estrarrà la seconda, per ripetere l'introduzione, evitando sempre qualunque violenza.



Fig. 38. — Articolazione del forcipe.

Terzo tempo. Prima di tirare, bisogna as-

sicurarsi che non sia stata compresa tra le branche nessuna parte di tessuto materno, e che il forcipe sia stato bene applicato, ciò che si verifica stringendo e tirando leggermente sui manichi.

Nel tirare, la mano destra va situata in sopra dei manichi, la sinistra in sotto dell'articolazione. Si dirigeranno poi le trazioni secondo l'asse pelvico, cioè prima in basso ed un poco in avanti e poi elevando

gradatamente i manichi fino a rovesciarli sull'addome della donna. In quest'ultimo periodo le mani muteranno direzione; cioè la sinistra passerà in sopra del perno, la destra in sotto dei manichi.

Nell'eseguire lo sprigionamento della testa, prima,



Fig. 39. — Disimpegno della testa.

ad evitarne la rottura, si assegnava grande importanza al modo di sostenere il perineo. Ma oggi è dimostrato che esso in certicasi si rompe necessariamente, comunque sia sostenuto, e che la precauzione più efficace consista nel dare alle parti il tempo di distendersi e quindi, in un certo momento, d'impedire che la testa ven-

ga fuori rapidamente, piuttosto che continuare nelle trazioni.

Occipito-sacrali.—In questo caso il primo e il secondo tempo si eseguono allo stesso modo che nelle posizioni occipito-anteriori, solamente nell'ultimo tempo, ricordando che lo sprigionamento si fa per estensione della testa, mentre l'occipite è fissato sulla commessura anteriore del perineo, si abbasseranno, invece di elevare i manichi del forcipe.

Applicazioni oblique.— I cucchiaini del forcipe debbono adattarsi sul diametro bi-parietale della te-

sta, dovunque si trova. Il precetto generale è: *La concavità delle margini deve guardare quel punto della testa, che si vuol portare sotto l'arco del pube.*

Quando l'occipite non corrisponde ad uno degli estremi del diametro antero posteriore, bisogna seguire la regola, che la concavità delle margini deve esser diretta verso quel punto della testa, che si vuol portare sotto l'arco del pube

1° Occipito-pettinee sinistre.—Il diametro bi-parietale corrisponde all'obliquo destro, quindi la branca sinistra del forcipe si porterà in dietro ed a sinistra, la destra in avanti ed a destra. L'articolazione dell'istrumento si fa nel modo solito; solo nel momento delle trazioni bisogna imprimere al forcipe un movimento di rotazione da sinistra a destra, per portare l'occipite sotto l'arcata pubica.

2° Occipito-sacro-iliache dritte. — La concavità dei cucchiari guarderà la fronte, che deve portarsi sotto l'arcata pubica; i cucchiari si applicheranno nello stesso modo innanzi detto, il disimpegno si farà come nelle posizioni occipito-posteriori.

3° Occipito-pettinee dritte.—Il diametro bi-parietale corrisponde all'obliquo sinistro, la concavità delle margini deve guardare a destra. Ad evitare lo scrociamento delle branche, ad onta delle maggiori difficoltà, si applicherà dapprima la branca sinistra in avanti ed a sinistra, poi la branca destra in dietro ed a destra. Si seguiranno le stesse norme nelle trazioni.

4° Occipito-sacro-iliache sinistre. — Come in quelle destre.

5° Occipito-iliache sinistre trasversali.— Il diametro bi-parietale corrisponde all'antero-posteriore, l'occipite a sinistra. La curva delle margini deve guardare l'occipite, quindi la branca sinistra andrà direttamente in dietro, quella destra in avanti. Si

raddrizza prima gradatamente l'occipite, indi si fanno le trazioni al solito.

6° Occipito-iliache destre trasversali.— L'occipite corrisponde a destra, la branca sinistra si applica per la prima dietro la sinfisi, la destra nella cavità del sacro.

Ma sia in questo caso, in cui è difficile l'applicazione del forcipe nel modo cennato, sia quando non può farsi la diagnosi esatta della posizione, si seguirà il precetto degli ostetrici tedeschi, di portare cioè il forcipe nei lati del bacino, e modificare le trazioni, od imprimere la rotazione a destra od a sinistra, a norma della resistenza incontrata, e della maggiore facilità di movimento della testa.

b. Sulla testa allo stretto superiore — Bisogna seguire le stesse norme innanzi esposte nell'applicazione dell'istrumento, solo che bisogna introdurre la mano conduttrice per intero nella cavità uterina ed i cucchiari del forcipe profondamente. Nelle trazioni poi, piuttosto che dirigere l'istrumento *in basso ed in dietro*, per accostarsi maggiormente all'asse pelvico, bisogna tirare *in basso ed in avanti* (Morisani).

È da tener presente però che, data la maggiore elevazione della testa, l'operazione riesce assai più laboriosa e spesso bisogna portare i cucchiari ai lati del bacino, non tenendo conto della posizione del diametro bi-parietale. Per rendere più agevole l'introduzione dell'istrumento, in certi casi difficili, Balocchi consiglia di guidare entrambe le branche con la stessa mano introdotta e che, per la parte posteriore, si cerchi di farla passare da un lato all'altro del bacino.

c. Sulla testa al di sopra dello stretto superiore. — In questo caso il forcipe è di applicazione difficile e pericolosa, perchè 1° non si può riconoscere la posizione della testa; 2° non la si può fissar bene, onde la possibilità che lasci la presa; 3° perchè

non si fissa il diametro bi-parietale, dovendosi portare i cucchiai ai lati del bacino.

Pure, i precetti per l'operazione sono i medesimi: si farà fissare la testa da un assistente dalle pareti addominali e si dirigeranno le trazioni a norma dei criterii sopra esposti e la resistenza a vincere, salvo ad estrarre i cucchiai e riapplicarli in altra direzione, all'occorrenza.

B. Applicazioni del forcipe sulla faccia. — Al distretto inferiore e nell'escavazione le norme per l'operazione sono le stesse che pel vertice, nelle posizioni mento-anteriori (mento-pubiche, mento-petinee sinistra e destra), solo che la concavità dei margini del forcipe deve guardare il mento, che deve venire sotto l'arcata pubica, invece dell'occipite.

Mento-posteriori. — Ma è ben diverso il caso nelle posizioni mento-posteriori, nelle quali il parto naturale è impossibile. Il forcipe in questi casi si applica: 1° per tentare la flessione della testa; 2° per rotare il mento in avanti. Per cercare di raggiungere il primo scopo, si roterà prima il mento verso una delle sinfisi sacro-iliache, indi si farà l'applicazione del forcipe. Il movimento di rotazione anteriore del mento è davvero esteso e più o meno pericoloso pel feto, dato che il tronco non segua la rotazione della testa; ma si consideri che quando così non si riesce, bisognerà fare la craniotomia.

S'introdurranno quindi i cucchiai del forcipe ai lati del bacino e si cercherà di rotare il mento verso la linea innominata di quel lato al quale è più vicino, di ottenere cioè una posizione mento-iliaca, si estrarranno indi le branche dell'istrumento, poi si applicheranno nuovamente, in modo che la concavità dei margini guardi il mento, il quale sarà prima portato sotto l'arcata pubica, indi se ne farà lo sprigionamento nel solido modo.

Quando la faccia si trova *in sopra dello stretto*

superiore, il rivolgimento è preferibile al forcipe. Ma se il rivolgimento non riesce possibile, bisognerà tentare la flessione della testa con la leva ed in ultimo ricorrere al forcipe, applicando i cucchiaini ai lati della testa, per non comprimere sul collo e compromettere la vita del feto. In certi casi molto gravi però, quando in nessun modo si è potuto riuscire, si portino i cucchiaini ai lati del bacino, comunque fissino la testa, regolandosi poi a norma di quello che accade sotto le trazioni.

C. Sulla testa dopo l'uscita del tronco. — Tale indicazione è assai rara. Al bisogno, si farà elevare il feto dal lato verso il quale corrisponde l'occipite, introducendo il forcipe per il piano sternale. Il disimpegno va fatto flettendo la testa, in avanti od in dietro, a norma del caso.

D. Quando la testa è restata nel bacino dopo la detroncazione. — È indispensabile in questo caso far fissare la testa dall'esterno, e situarla nella migliore possibile corrispondenza con i diametri pelvici; al minimo ostacolo incontrato, si faccia la craniotomia.

Azione del forcipe. Il forcipe esercita un'azione *meccanica* ed una *dinamica*. Meccanicamente opera per *trazione*, sostituendo la *vis a tergo* con la *vis a fronte*; per *compressione* riducendo realmente il diametro della testa sul quale è fissato. *L'azione di leva*, assegnata al forcipe con i movimenti di lateralità impressi ai manichi dev'essere affatto bandita.

Dinamicamente poi opera il forcipe come stimolo, che eccita ed ingagliardisce le contrazioni uterine, tanto che qualche volta non si è arrivato ad introdurre la seconda branca.

Art. 7. — RETROCEPS

È un istrumento inventato dall'Hamon, destinato ad afferrare la regione della testa fetale corrispondente alla metà posteriore del bacino. Per chi non conosce l'istrumento, ne è affatto inutile la descrizione, giacchè, per quanto completa essa potesse essere, non arriverà a rendere una idea chiara di esso.

Del resto il retroceps fa parte piuttosto del museo ostetrico che degli istrumenti ordinariamente adoperati. La sua azione vantaggiosa nelle presentazioni inclinate della testa, nel produrre la rotazione anteriore dell'occipite o del mento, e sulla testa dopo l'uscita del tronco, non è ancora definitivamente accertata, almeno nei suoi rapporti comparativi col forcipe e con la leva, quindi ci contenteremo per ora di aver solamente menzionato l'istrumento.

Art. 8. — APPARECCHI MECCANICI

Per lungo tempo si erano temuti gli effetti degli apparecchi meccanici e la soverchia compressione che da essi poteva farsi sulla testa del feto; ma oggi, studiato bene il modo d'operare di siffatti apparecchi, è mestieri farne parola.

1° Aiuto-forcipe di Joulin. — È un forcipe ordinario, al quale è aggiunto: 1° Una cannula con una vite nell'interno, a piolo mobile, che sale o scende girando l'impugnatura dell'asse. 2° Una traversa metallica, che poggia sulle tuberosità ischiatiche, con margine inferiore ottuso; 3.° Un laccio di 5 mm. di diametro; 4.° Un dinamometro di Robert e Colin che misura in chilogrammi la forza impiegata.

Si applica un forcipe qualunque sulla testa, indi si passa il laccio tra le finestre dei cucchiaini e si mette

in azione l'istrumento. I cucchiai sono ravvicinati in proporzione dell'energia delle trazioni.

2° Apparecchio di Chassagny. — È composto: 1° da un forcipe a branche lunghe, parallele e flessibili, articolato nell'estremità manuale per mezzo di una traversa a cerniera; 2° Di un anello scorrevole, che ravvicina le branche; 3° Di due cordoni di seta, che si fissano in un foro esistente in una traversa che sta nel mezzo a ciascun cucchiaino; 4° Di un arco metallico, che poggia sulle ginocchia della donna; 5° Di un tubo, nel quale scorre la madrevite a cui si fissano i cordoni. L'azione di questo apparecchio è quasi analoga a quella del precedente.

3° Apparecchio di Tarnier. — Il Tarnier ha creduto di aver evitato la costante uniforme direzione delle trazioni meccaniche sostituendo una semplice puleggia agli apparecchi cennati. Egli passa un doppio laccio nelle finestre dei cucchiai d'un forcipe qualunque, li annoda innanzi alla vulva ad un dinamometro. Fissa il dinamometro a due puleggie lunghe 2 metri e queste ad un uncino impiantato nel pavimento. In questo modo la mano può molto facilmente modificare la direzione delle trazioni.

4° Apparecchio di Pros. — Questo ha un quadro-letto ove si adagia la donna, un forcipe a branche parallele riunite ad una traversa, un porta-uncini, una correggia, una traversa che si fissa con articolazione mobile alla sbarra anteriore del quadro-letto e che serve alla contro-estensione.

Per la *direzione*, gli apparecchi meccanici tirano più secondo l'asse, perchè applicano la forza più vicino al centro di gravità del corpo da estrarre.

Per l'*intensità*, la forza impiegata e quindi la compressione sulla testa, proporzionale alla prima, è minore negli apparecchi meccanici che nel forcipe (Morisani).

Per i *movimenti di lateralità*, col forcipe ordinario

si producono contusioni sulle parti molli, mentre che ciò non accade con gli apparecchi meccanici.

Pel modo d'azione, la forza manuale è *intermittente*, quella spiegata dagli apparecchi meccanici è *continua e progressiva*.

Gli apparecchi meccanici sono quindi preferibili al forcipe al distretto superiore e quando bisogna vincere una resistenza maggiore (meno di 81 mm.). La forza che può impunemente impiegarsi, a feto vivo, è di 45 chilogr. a feto morto, di 55 a 60.

CAPO III.

OPERAZIONI CHE OFFENDONO L'INTEGRITÀ DEL FETO.

DELLA EMBRIOTOMIA.

L'embriotomia è quella operazione per la quale si riduce il feto in pezzi prima di farne l'estrazione. Quest'operazione va diversamente denominata a seconda che si opera in questa o in quella regione del feto e con tale o con tale altro processo, come vedremo nei successivi articoli.

È indicata quando il feto è morto, o ne è gravemente compromessa la vitalità e non si è potuto fare la estrazione in altro modo, per ostacolo insormontabile.

Art. I. --- CRANIOTOMIA NELLA PRESENTAZIONE DELLA TESTA

Consiste nella perforazione del cranio e successivo vuotamento del cervello per diminuire il volume della testa.

Gl'istrumenti adoperati sono le forbici di Asdru-

bali, dette ordinariamente di Smellie, od il perforatore di Blot. Le prime sono delle forbici taglienti all'orlo esterno. Rizzoli le ha rese curve sul piatto. Il



Fig. 40. — Perforatore di Blot.

prof. Novi vi ha aggiunto un bottone mobile alla punta. Il perforatore di Blot è fatto da due lame con margini ottuse quando sono chiuse, taglienti all'esterno quando sono aperte, ciò che si ottiene premendo sopra una leva posta vicino il manico. I tedeschi preferiscono come perforatore il trapano. Il Berruti ne ha proposto uno speciale.

Manuale operativo. La donna è messa nella solita posizione; la mano sinistra, introdotta fino sulla testa, vi cerca, se è possibile, una sutura o una fontanella. Si introduce poi il perforatore con la mano destra e sulla guida della prima e si fissa sulla testa perpendicolarmente, abbassando indietro il manico. Si preme e si rotola dolcemente l'istrumento fino a che non si sente la

mancata resistenza, allora si apre e si gira in diversi sensi, poi si chiude e si ritira.

Se la testa è mobile e quindi sfugge innanzi all'istrumento, la si farà fissare da un assistente; perchè l'istrumento non sfugga dalla testa, si porti molto in avanti.

Se il tumore sanguigno non lascia distinguere le

parti, bisognerà prima inciderlo. Se il foro fatto è piccolo, se ne farà un altro vicino, asportando le parti ossee intermedie con la pinzetta osteotoma.

Nella presentazione della faccia si terranno le stesse norme. Quando è possibile, s'infoscherà l'istrumento sulla fronte, o nell'orbita, o sulla volta palatina.

Nella presentazione pelvica, dopo la fuoruscita del tronco, si fisserà il perforatore sull'occipite, o sopra uno dei parietali, o sulla volta palatina, o nel forame occipitale.

Apprezzamento. — La craniotomia può farsi prima della completa dilatazione del collo uterino; essa è grandemente utile e fa superare gli ostacoli che erano stati insormontabili col forcipe ed anche col cefalotribo. Essa non fa raggiungere lo scopo solo quando il più piccolo diametro del bacino sia inferiore a quelli della base del cranio fetale. Fatta in regola, è affatto innocua per la madre.

Estrazione del feto dopo la craniotomia. — Essa può farsi:

a. — *Con le mani*, introducendo due dita nel foro fatto sul cranio, dopo averne ricoperto l'orlo col cuoio capelluto ripiegato in dentro, ed applicando le altre dita dall'esterno.

b. — *Col forcipe*, cercando di afferrare la testa solidamente e sorvegliandone i movimenti sotto le trazioni.

c. — *Con l'uncino acuto*, introdotto pel foro fatto sul cranio e fissato solidamente sopra un punto della base. Però esso può impiantarsi pure dall'esterno della testa sull'occipitale, sull'apofisi mastoide, o nell'orbita.

L'uncino acuto è un istrumento pericoloso in mani non esercitate, ma prezioso invece quando è convenientemente adoperato, perchè offre un saldo punto di presa alle trazioni, e non lascia perdere alla testa nulla della sua cedevolezza, nè, come il cefalo-

tribo lascia aumentare i diametri trasversali a quelli della parte compressa. Il Chiara l'adopera frequentemente e con risultati veramente brillanti.

Inoltre nei bacini viziati, il cui diametro sia inferiore al bimastoideo, l'uncino sostituisce la presentazione della faccia a quella del vertice, applicato nell'orbita o sulla mascella inferiore, così la base del cranio posta di traverso potrà attraversare il bacino angusto. L'uncino acuto deve dunque restare nell'arsenale ostetrico, ma essere solo adoperato da mano abile ed esercitata.

d. — Con i tira-testa. Ve ne sono molti, i quali, in modo più o meno complicato, finiscono per presentare una traversa che s'introduce in dentro del forame fatto sul cranio fetale ed un punto di appoggio per le trazioni.

e. — Con le pinzette, delle quali ve ne sono moltissime, ma la più usata è quella del Rizzoli. Essa ha le branche incurvate, ed una, quella destinata ad introdursi nel foro, più corta. Questa pinzetta è destinata a fissarsi sull'occipitale, ma può riuscire utile anche nella presentazione della faccia, quando l'apice della branca esterna cade dentro l'orbita.

Art. 2. CEFALOTRISSIA

Così va denominata l'operazione per la quale si schiaccia la testa del feto e cefalotribo l'istrumento col quale si opera.

Di cefalotribi ve ne sono moltissimi, ma i più adoperati sono 1. quello di Depaul, che ha i cucchiai senza finestra, due uncini nell'estremità della faccia interna zegrinata, l'articolazione come il forcipe ed una catena alla Vaucanson, mobile con una chiave, quale mezzo di compressione. 2° Nel cefalotribo di Blot, la compressione è fatta da una madre vite volante. 3° Nel cefalotribo di Bailly vi sono i cucchiai fenestrati.

4° Nel cefalotribo di Rizzoli, oltre a certe piccole differenze nelle branche, l'articolazione è fatta con due perni fissi, che possono entrare isolatamente nella fenditura della branca femmina. 5° Nel cefalotribo di Tarsitani le branche sono ineguali, essendo esso destinato ad operare d'avanti in dietro.

Manuale operativo. — Esso consta di tre tempi:

A. Introduzione delle branche. — Si fa come pel forcipe applicato direttamente, facendo fissare la testa mobile in sopra del distretto superiore. Si badi però che la manovra d'ordinario è penosa, specialmente per la seconda branca e che talvolta non si riesce e bisogna introdurre prima la seconda, poi la prima branca. È necessario assicurarsi che l'istrumento sia penetrato abbastanza nell'utero e che abbia una solida presa, ciò che si ottiene d'ordinario abbassando alquanto i manichi contro il perineo.

B. Articolazione e schiacciamento. — L'articolazione si fa come pel forcipe; comunque afferrata, stringendo l'apparecchio di compressione, la testa è schiacciata, più facilmente però quando si è fatta prima la craniotomia. Se la testa sfugge innanzi all'istrumento, può prima applicarsi un tira-testa di Darnavia, indi se ne opera lo schiacciamento.



Fig. 41. — Cefalotribo di Blot.

Il cefalotribo è cattivo strumento di trazione. Bisogna quindi: 1° che le trazioni siano fatte lentamente; 2° che le parti materne siano bene garantite dalle schegge ossee; 3° che la testa sia rotata col diametro compresso dal cefalotribo verso il diametro più stretto del bacino; 4° che si tiri al principio secondo l'asse del distretto superiore; 5° che al distretto inferiore si roti nuovamente la testa per la migliore corrispondenza dei diametri.

Spesso un solo schiacciamento non basta e quando la testa non discende e l'istrumento lascia presa, sotto la trazione, si disarticola e si ripete lo schiacciamento in altro punto della testa.

Nella presentazione della faccia si opererà come in quella del vertice. Dopo l'uscita del tronco, le branche saranno introdotte, come quelle del forcipe, lungo il piano sternale del feto.

È rarissimo che, schiacciata la testa, il feto non venisse all'esterno ad onta delle trazioni, sul collo e sulle braccia, per sprigionare il tronco. All'occorrenza, il cefalotribo servirà pure a schiacciare il torace.

Apprezzamento e indicazioni.—Il cefalotribo è un mezzo di compressione assai potente. Si è detto da taluni che esso schiacciava solamente la volta cranica, ma Tarnier ha dimostrato con i fatti lo schiacciamento della base ed anche talvolta delle prime vertebre cervicali. L'istrumento opera egualmente quando non è preceduta la perforazione, ma quando essa è stata prima praticata, si ottiene una riduzione diametrica maggiore (fino a 13 linee Hersent). Le temute schegge, dopo la perforazione, non ne costituiscono un serio pericolo.

Noi, col Morisani, siamo convinti che la cefalotrixis debba praticarsi a feto morto e che, a feto vivo, debba farsi altra operazione. Il limite minimo del vizio pelvico, indicazione ordinaria della cefalotrixis,

da Boudelocque era fissato a 42 mill., da Hersent a 63 mill., ma il più accettato è quello di 50 mill.

I pericoli ed i cattivi risultati consecutivi alla cefalotriessia sono più addebitabili all'operatore, che alla natura dell'operazione. Infatti, stabilito il limite minimo del vizio pelvico, ripetendo lo schiacciamento, operando con calma ed esattezza, non esercitando violenze e sforzi inutili, si ridurranno a pochissima cosa i maltrattamenti subiti dalla madre. Intervendendo a tempo poi ed osservando le regole della più scrupolosa antisepsi, si possono scongiurare le infezioni puerperali, per le quali d'ordinario si perdevano le donne operate nei tempi andati.

Cefalotriessia ripetuta senza trazioni. — Quello che di sopra si è detto, di ripetere cioè parecchie volte ed in varii punti della testa lo schiacciamento, fu elevato dal Pajot a metodo, nei restringimenti inferiori ai 65 mill. fino a 27 mill. Egli raccomandava di perforare la testa appena la dilatazione dell'orifizio lo permettesse, poi operare lo schiacciamento più tardi, indi aspettare un paio d'ore e ripetere la operazione nella nuova direzione presa dalla testa e così di seguito, fino a che essa non fosse cacciata fuori dalle sole forze dell'utero. In verità non sapremmo consigliare di ripetere lo schiacciamento ad intervalli così lunghi (2 ore) ed aspettare chi sa quanto tempo lo espletamento del parto, tanto più che operando a questo modo si renderebbero più facili i processi settici.

Rivolgimento dopo la cefalotriessia. — Fu proposto da Bertin nel 1859. In certi casi può riuscire veramente utile, ma, per potere introdurre la mano, il diametro sacro-pubico non dev'essere inferiore ai 56 mill. e l'utero non dev'essere retratto in modo da rendere immobile il feto.

Art. 2.—CRANIOCLASIA

Considerata la difficoltà dell'introduzione e della manovra d'un istrumento massiccio e pesante come il cefalotribo e l'insufficienza di questo come mezzo di trazione, dopo molteplici e svariate innovazioni, si è arrivato alla proposta del cranioclase.



Fig. 42. — Cranioclase di Braun.

Simpson, nelle gravi angustie pelviche, allo stesso scopo, si serviva d'una grossa pinzetta curva sul piatto, fatta di due branche articolate, l'una con cucchiaino concavo e finestrato, l'altra con cucchiaino convesso ed adattabile nel primo.

Fatta la craniotomia, egli introduceva una di tali branche nel foro e schiacciava le ossa infossandole nell'interno, indi ripeteva in varii punti la manovra, fino a rendere la testa molle e compressibile da per ogni dove.

L'istrumento del Simpson però è di difficile applicazione, mancando della curva pelvica, e, mentre schiaccia

bene la volta, non opera egualmente sulla base, pure essendo un eccellente mezzo di trazione.

Il Braun (Carlo) ha modificato l'istrumento del Simpson facendolo più lungo, dandogli la curva pel-

vica, aggiungendovi un apparecchio di compressione a vite volante nei manichi.

Il Barnes ha fatto pure un cranioclaste più lungo di quello di Simpson, e che si distingue da quello del Braun perchè il perno di compressione è articolato sulla branca finestrata, e l'altra branca non finestrata tiene una curva vicino all'articolazione, atta a rendere più energica la compressione.

L'Auvard ha modificato il cranioclaste del Braun, ma poichè tale strumento non è stato ancora sufficientemente sperimentato, così ci basterà di averlo menzionato.

Gl'istrumenti cennati, operando come di sopra si è detto per quello del Simpson, riducono il volume della testa, schiacciandone le ossa. Ma essi lasciano estrarre la testa perforata nei vizii pelvici molto avanzati, ponendo di sbieco al bacino i diametri bi-mastoideo e bi-malare.

Braun applica la branca non finestrata nell'interno del foro fatto col craniotomo, l'altra poi dall'esterno sul parietale posteriore.

E. F. Fabbri consiglia di applicare la branca esterna in corrispondenza della sutura occipito-parietale situata posteriormente e, se occorre, in secondo tempo sulla sutura fronto-parietale posteriore.

Barnes applica la branca esterna sulla faccia per sostituire questa al vertice. Ma Cuzzi e Morisani osservano che bisogna prima applicarla sulla fronte e tirare, e poi è possibile applicarla sulla faccia.

La sostituzione della faccia al cranio coincide con un moto di rotazione interna, pel quale il diametro bi-mastoideo, che a testa flessa in posizione occipito-trasversale aveva una direzione antero-posteriore, si mette in rapporto col diametro trasverso del bacino (Morisani).

Perchè ciò sia possibile, il diametro bis-iliaco deve essere più lungo del bi-mastoideo. Ma col sopra-pu-

bico, a testa sana, corrisponderebbe il mento-frontale, mentre per lo schiacciamento fatto delle ossa corrisponderà il mento-sopra-nasale non più lungo di 4 $\frac{1}{2}$ a 5 centim. (Cuzzi), onde si vede come, sostituita la faccia, è possibile l'estrazione della testa.

I vantaggi del cranioclasse, messi innanzi dal Fabbrì e confermati dal Cuzzi, dal Bergesio e dal Pugliatti, sono:

1.° Che la volta cranica conserva tutta la sua cedevolezza, potendosi facilmente insinuare, adattare e potendo pur attraversare il canale pelvico.

2.° Pel modo come fissa la testa e la direzione delle trazioni, favorisce l'appiattimento della volta cranica.

3.° Anche il diametro bi-mastoideo, per le trazioni e compressioni subite, a pelvi stretta ed ossa cedevoli, può essere ridotto.

4.° È possibile coll'istrumento del Braun fratturare le ossa della base e della faccia.

5.° Questi effetti possono ottenersi in ogni vizio pelvico.

6.° È il migliore mezzo di presa sul quale possono farsi delle trazioni.

Il limite dell'indicazione dell'istrumento è di 60-61 mill. almeno nella coniugata vera.

Poichè il cranioclasse è troppo poco adoperato presso di noi e gli esperimenti fatti nella Clinica Ostetrica di Torino fin dal 1880 ne hanno dimostrato la superiorità sul cefalotribo (Bergesio), così riporteremo integralmente il parallelo fatto tra i due istrumenti fatto dal Pugliatti:

1.° Il cefalotribo schiaccia la testa in un senso, allungandola contemporaneamente nel lato opposto, che d'ordinario corrisponde al diametro viziato della pelvi, toglie al capo la cedevolezza acquistata per opera della craniotomia, sicchè aumenta oltremodo le difficoltà dell'estrazione.

Il cranioclaste invece, riducendo la testa a cono con l'apice in basso, impicciolisce nel medesimo tempo tutti i diametri della stessa, e, conservandole la cedevolezza acquistata, agevola di molto il disimpegno alla regione fetale presentatasi.

2.° Il cefalotribo, anche traendo con poca forza, scivola facilissimamente e per la sua debole curvatura cefalica, e perchè spesso la base craniana non è presa bene ed in pieno.

Il cranioclaste invece, qualunque sia la presa e la forza di trazione impiegata, stacca piuttosto, in specie se comprende nel morso la faccia, il capo dal tronco, anzichè scivolare.

3.° Il cefalotribo richiede sempre un movimento di rotazione della testa, il quale misuri $\frac{1}{4}$ di cerchio del bacino.

Il cranioclaste invece ha solo ciò di bisogno nella stenosi al di sotto di 60 mm. e il moto rotatorio è sufficiente, limitandosi ad $\frac{1}{4}$ del contorno pelvico.

4.° Il cefalotribo col movimento di rotazione della testa, essendo possibile tra le sue branche lo spostamento della medesima, indebolisce la solidità della presa.

Il cranioclaste invece col movimento rotatorio del capo può agevolare le fratture e le sconnessioni delle sue ossa.

5.° Il cefalotribo origina più facilmente lesioni dei tessuti materni, perchè la sua forma, dietro la rotazione della testa, non prestasi alle trazioni ben dirette, perchè durante le medesime manovre in contatto del promontorio, e perchè dà luogo sovente a formazione di schegge ossee.

Il cranioclaste invece produce meno lesioni, perchè il morso è quasi tutto nascosto fra i tessuti fetali, perchè opera in corrispondenza di una delle sinfisi sacro-iliache, perchè la sua forma permette le trazioni secondo l'asse pelvico e perchè infine, origi-

nandosi schegge ossee e stando le medesime tra le due branche, rendonsi inosservate.

6.° Il cefalotribo limita la sua azione nelle pelvi ristrette in senso antero-posteriore ad un diametro promonto-pubico *minimum* di 50 mm.

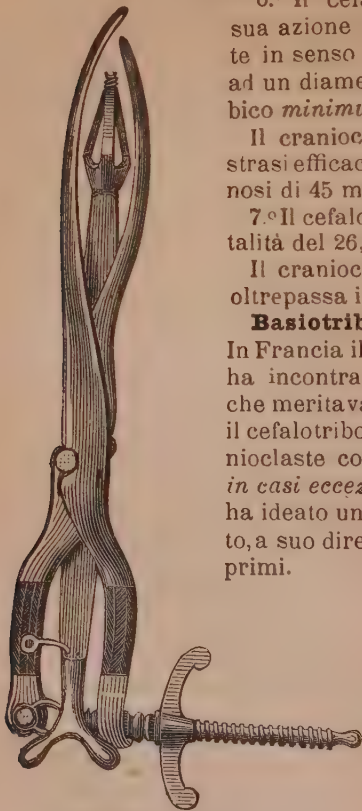
Il cranioclaste invece mostrasi efficace anche in una stenosi di 45 mm.

7.° Il cefalotribo dà una mortalità del 26,7 %.

Il cranioclaste invece non oltrepassa il 7 %.

Basiotribo del Tarnier.—

In Francia il cranioclaste non ha incontrato tutto il favore che meritava; ivi si preferisce il cefalotribo, ritenendo il cranioclaste come indicato solo *in casi eccezionali*. Il Tarnier ha ideato un nuovo istrumento, a suo dire, superiore ai due primi.



Art. 43. — Basiotribo di Tarnier.

Il basiotribo del Tarnier è una combinazione del perforatore con le due branche del cefalotribo. Esso ha tre branche d'ine-

guale lunghezza, è lungo 41 centimetro, presenta una distanza tra i cucchiai di 4 centimetri e pesa 1200 grm.

Manuale operativo. — S' introduce la branca mediana, la quale altro non è che un perforatore, che opera prima sulla volta, poi sulla base, dove resta fissato. Poi si applica la branca sinistra, poco più lunga del perforatore, ma più corta dell'altra, in ultimo la branca destra. Stringendo la vite a volante che trovasi nei manichi, ciascuna branca schiaccia la testa dal lato dove essa corrisponde.

I vantaggi di questo strumento, dice Barnes, sono la maggiore solidità della presa e lo schiacciamento più completo del cefalotribo ordinario. Ma è veramente l'istrumento del Tarnier superiore al cranio-claste? Il Bar ed il Pinard lo sostengono, ma dalle esperienze fatte in Italia dal Truzzi e dal Pugliatti bisogna conchiudere che la superiorità del cranio-claste è indiscutibile.

Inoltre, osserva il Pugliatti, che il perforatore, se incontra resistenza, riesce a stento, compromettendo le mani dell'operatore e le parti molli della donna; e che l'istrumento, per la soverchia lunghezza della branca destra, non può adoperarsi sulla testa restata nell'utero dopo la fuoruscita del tronco.

La basiotrissia ha come limite minimo d'indicazione 55 mm., la ripetuta può spingersi fino a 45 mm.

Art. 3. — CEFALOTOMIA

Per trionfare degli ostacoli presentati dai vizi pelvici superiori al limite assegnato pel cefalotribo, Wanhuevel nel 1842 immaginò un ingegnoso istrumento denominato *forcipe-sega* e destinato a sezionare longitudinalmente la testa.

L'istrumento in parola è rappresentato da un forcipe lungo, potente, con curva pelvica, che tiene nella faccia interna dei cucchiari due docce, per le quali due conduttori con un foro in alto guidano una sega a catena, che, di basso in alto si avvanza pel movi-

mento d'una chiave. Fatta la sezione della testa, o si abbandona il parto alla natura, o si estrae la porzione divisa con lunghe pinzette ossee. L'istrumento può riapplicarsi, per dividere la testa in altra direzione.

Secondo l'autore, l'istrumento potrebbe applicarsi utilmente non solo nelle presentazioni della testa, ma ancora in quelle della pelvi dopo l'uscita del tronco, o nei casi di detroncazione.

Ma l'istrumento del Wan-Huevel è troppo grosso per potersi utilmente adoperare nei casi di restringimenti estremi della pelvi, e poi, osserva il Morisani, in date posizioni può dividere la testa in modo da non menomare per nulla gli ostacoli da essa presentati all'espletamento del parto. Barnes dice francamente che bisogna preferirgli la craniotomia seguita dalla cefalotriessia o dalla cranioclasia.

Il Tarnier modificò l'istrumento del Wan-Huevel, rendendo l'ovale del forcipe più lungo e più largo, facendo due docce in ciascun cucchiaino, che trasportano due seghe a catena, diversamente disposte. Questo istrumento è certamente superiore a quello dell'ostetrico belga, ma esso pure ha un campo d'azione assai limitato.

In Germania, allo stesso scopo, il Ritgen fece costruire il *labitomo*, un forcipe non finestrato, munito di coltello convesso nella faccia interna; Cohen fece il suo *cefalotribo a coltelli*, analogo al labitomo.

Finizio immaginò due tubi, che dovevano guidare una sega a catena, come se fosse facile di portar questa in sopra della testa.

Joulin fece il suo *divisore cefalico*, del quale basta dire che l'autore, la prima volta che se ne servi, sfondò l'utero.

In conclusione, dunque, molti istrumenti, ma di difficile uso e, o pericolosi per la donna, o non rispondenti allo scopo.

Art. 4. — PERFORAZIONE E RIDUZIONE DELLA BASE DEL CRANIO.

Per ottenere la riduzione della base del cranio si sono proposti diversi processi.

1.° **Trivellatura.** — Dugés voleva con una trivella a doppia vite perforare la base del cranio; ma, non essendo possibile determinare quando l'ostacolo era superato, essa fu abbandonata.

Rizzoli adoperò la sua trivella allo stesso scopo. Ma con essa, nè si ottiene una considerevole riduzione, per la piccolezza dei fori, nè si può operare agevolmente per la difficoltà di dirigere l'istrumento perpendicolarmente all'ostacolo.

2.° **Trasforazione.** — Hubert ha cercato di perforare e rompere lo sfenoide, perciò chiama la sua operazione *sfenotrissia*. Il suo istrumento consta d'una trivella a pera, che termina a punta, d'una cucchiara come quella del forcipe non finestrato, che tiene un foro destinato a ricevere e nascondere la punta della trivella, nel manico v'è una doccia, ove s'adatta il fusto del perforatore e due chiavette per fissarlo.

Un assistente immobilizza la testa. Si fa al solito la perforazione della volta, si spappola il cervello e si fissa il perforatore sullo sfenoide. Dopo ciò, s'introduce l'altra branca con la mano che già stava in vagina (la sinistra) sulla faccia, o sulla tempia, ravvicinandola con la trivella. Si fa così un primo foro, indi un secondo, un terzo in altro punto, con la medesima manovra. Fatto ciò la mercè di trazioni *lente e progressive*, di piccoli movimenti di rotazione e sempre senza manovre brusche e violente, si cercherà di vincere le resistenze.

La difficoltà di conoscere la posizione esatta della testa, i pericoli derivanti dal non tenere a perpendicolo la trivella nel tempo della perforazione, rendono tale processo abbastanza pericoloso.

3.° **Sfenotripsia.**—Il Lollini immaginò al proposito il suo *forcipe perforatore*. È un forcipe ordinario, trasformato in cefalotribo da una morsetta a vite messa tra i manichi, mentre che per un fusto graduato se ne può misurare la immersione nel cranio. Tra le branche del forcipe scorre una trivella a pera, destinata a perforare prima la volta, indi la base del cranio.

Si applica prima il forcipe e si fissa con la morsetta, poi si fa la perforazione nel modo indicato, si stringe indi nuovamente la morsetta per schiacciare la base del cranio. Si compie poi la estrazione, ovvero se ne abbandona alla natura l'espulsione, a norma dei casi.

La difficoltà incontrata nell'uso dell'istrumento nei vizii estremi della pelvi, (Balocchi) il solito aumento nel diametro trasversale a quello compresso lo rendono limitato nelle sue applicazioni, che forse non sono state ancora completamente definite.

4.° **Cefalotrixis intra-cranica del Guyon.**—Il Guyon ha voluto pure perforare la base del cranio con un suo istrumento fatto: 1.° da un tirafondo lungo 50 centim. col manico che può smontarsi; 2.° di due trefine lunghe da 30 a 35 centim. con 2 o 3 cent. di diametro a protettore mobile, 3.° di un piccolo forcipe a cremagliera, che, quando le branche sono ravvicinate, dà uno spazio tra di esse non maggiore di 3 cent.

L'operazione si fa in tre tempi: 1.° Fissata la testa, s'introduce il tirafondo fino ad una porzione dell'osso. Levato il manico e lungo il tirafondo, si conduce la trefina più grande per perforare la volta. 2.° Spappolato il cervello col dito, s'introduce e si fissa il tirafondo sulla base del cranio (sfenoide, od apofisi basilare) e per mezzo di esso si fissa ivi la trefina più piccola. 3.° Si applica il forcipe, e, comprimendo sui manichi, si schiaccia la base del cranio. S'imprime poi un movimento di rotazione all'istrumento, indi si fanno le trazioni.

L'esatta determinazione del punto della base sulla quale vuolsi arrivare, ed il portarvi un fusto retto, non è cosa facile.

Epperò, piuttosto che come strumento da perforazione, si è adoperato il forcipe Guyon come mezzo di compressione (Chiara, Chiarleoni), con notevole vantaggio; ma senza dubbio esso per la potenza ed esattezza dello schiacciamento, e pel modo onde fissa la testa e per tutti gli altri ripetuti inconvenienti del cefalotribo, resta inferiore al cranioclaste del Braun.

5.° Cefalotriessia interna di Fabbri (padre). —

L'autore si serve: 1° d'una forbice embriotomica, quella di Asdrubali, di cui ha resi concavi i lati taglienti; 2° d'un cefalotritore interno, cioè una tanaglia incisiva lunga centimetri $34\frac{1}{2}$, con estremo tagliente, fatto da due denti angolari nell'una, tre nell'altra branca. Il segmento di sfera fatto dal morso della tanaglia è spesso 22 mill. e largo mill. 25.

Il Fabbri ha fatto prima la craniotomia col trapancraniotomo di Assalini, di là ha introdotto le forbici e le ha dirette contro la base del cranio, che ha tagliata e rotta in varii sensi, aprendo e chiudendo le forbici. Ciò fatto, ha veduto che con leggiera pressione la testa si riduceva, tanto che il diametro bimolare arrivava a cinque centimetri.

Pel cefalotritore poi, fatta la craniotomia, s'introduce l'istrumento e si spappola il cervello, s'arriva poscia sulla base, cercando di comprendere singole porzioni d'osso, che vengono prese nel morso della tanaglia ed asportate, comprimendo sui manichi di essa. Rotte così le ossa, il volume della testa si riduce notevolmente.

L'autore dice che tale processo è più blando degli altri—può farsi ad orifizio non dilatato e ad utero accolto sul feto per forte retrazione—riesce nei casi in cui il cefalotribo è inapplicabile—rispetta le parti materne. Ma il Morisani osserva che la inclinazione

della testa, la quale non permette la diretta applicazione degli'istrumenti sulla base, l'infossamento della volta, per procidenza del promontorio, che ricopre in parte la base cranica da rompere, la mancanza di schiacciamento della volta, per la quale dopo bisogna applicare il cefalotribo, sono serie obiezioni da muovere a siffatto processo.

PRESENTAZIONI DELLA PELVI

Quando il parto sia impossibile per eccessivo volume (assoluto o relativo), dell'estremità pelvica, è su di essa che si applicherà il cefalotribo.

Restata la testa nello interno, dopo la fuoruscita del tronco, bisognerà fare la craniotomia dalla base. L'operazione è difficile, ma si dirigerà il craniotomo dall'occipite, o dalla bocca a traverso la volta palatina. Sarà mestieri dopo, in taluni casi, d'introdurre il cefalotribo, con le stesse norme dell'introduzione del forcipe, ma quivi le difficoltà saranno assai maggiori e, qualora fossero insuperabili, si farà prima la decollazione.

Ma il cefalotribo, in tali congiunture, difficilmente riuscirà nell'imprimere il movimento di rotazione alla testa, e per i suoi soliti inconvenienti, onde bisognerà sostituirlo col cranioclaste, o l'uncino acuto, che possono pure mettere di sbieco al bacino la base del cranio.

La mobilità della testa distaccata dal busto sarà l'ostacolo più importante a vincere, quando se ne dovrà fare la perforazione e lo schiacciamento.

PRESENTAZIONI DEL TRONCO

Quando è passato un certo tempo dalla rottura del sacco, nelle presentazioni della spalla, il rivolgimen-

to è impossibile per la retrazione dell' utero ed immobilità della parte presentata. Allora, a feto vivo, si aspetterà per la possibile evoluzione spontanea; a feto morto si farà l'embriotomia.

A. Sezione del collo. *Processo di Celso.*—È il più antico. Si adoperano un paio di forbici lunghe, spuntate e curve sul piatto. La mano sinistra prima cerca di abbassare il collo, indi serve di guida nella sezione alle forbici adoperate dalla mano destra. Se il collo è in alto, può abbassarsi con l'uncino ottuso. Con piccole incisioni ripetute sempre nella stessa direzione, si taglieranno così i tessuti molli come le ossa nella regione cervicale. Ciò fatto, o tirando sul braccio, ovvero sull'ascella, se il braccio non è disceso, si estrarrà prima il tronco ed indi la testa (Dubois).

Wan-Horne allo stesso scopo ha sostituito alle forbici un uncino tagliente nel lato concavo; Van der Ecken una sega a catena, una corda, uno sverzino (Pajot), ecc.

Quest'ultimo è il mezzo più semplice e che può riuscire utilissimo in campagna in mancanza d'istrumenti. Si liga un filo di refe ad una palla di piombo e si passa al di là del collo del feto, con un uncino, un catetere, la mano, come meglio si può. Poi facendo movimenti di sega, e cambiando sempre il punto di sezione del filo, si raggiungerà benissimo lo scopo.

Jacquemier ha proposto un suo embriotomo. È un uncino speciale, che lascia uscire delle lame taglienti



Fig. 44.—Uncino decollatore di Braun.

nella sua concavità e che, mentre recide il collo del feto, garentisce benissimo le parti materne.

Braun ha pure proposto un uncino speciale, ma quivi, invece di tagliare, si tira in basso il collo del feto con l'uncino, e gli s'imprimono movimenti laterali e di rotazione, in modo da lussare le vertebre e stracciare poscia le parti molli. La sola cura è di tenere la mano sinistra in corrispondenza della punta dell'uncino durante i movimenti di rotazione ad esso impressi, caso mai dovesse sfuggire.

D. Sezione del tronco. — Davis applica prima un uncino ottuso sulla parte media del tronco, poi ne fa la sezione con le forbici sopra cennate, incominciando dalla parte che prima si presenta. Fatta la sezione, si estrarrà prima la parte inferiore, e non si tirerà quindi sul braccio.

Lazarewich ha fatto allo scopo un embriotomo speciale, composto da un tubo d'acciaio fissato sopra un manico di legno. La parte superiore del tubo, un poco più larga, si biforca, e dal suo interno escono i così detti compressori, che possono avvicinarsi a volontà muovendo una molla. Con esso egli esegue tutte le embriotomie.

C. Eviscerazione. — Si pratica quando il tronco pel suo volume non può attraversare il bacino. Lee asportava prima il braccio, indi perforava il torace ed il ventre estraendone gli organi; dopo ciò fissava un uncino sulla spina o sul bacino e così cercava di cacciare il feto allo esterno.

E. F. Fabbri ha fatto un'incisione sul giugulo, di là è arrivato sul torace prima col dito, poi con le forbici di Asdrubali, che ha poi spinte fin nell'addome. Per la strada fatta ha introdotto l'uncino del Rizzoli e con movimenti di rotazione e trazione ha portato all'esterno tutt'i visceri. Se la presenza del capo ostacola la manovra, s'incomincerà dal farne la decollazione.

Lo stesso processo può essere utilmente applicato, e con le medesime indicazioni, nei casi di presentazione pelvica. Se il torace poggiasse contro qualche punto del bacino e quindi non discendesse, si potrà fissare ed indi tirare col cranioclasse.

CAPO IV

OPERAZIONI CHE LEDONO GLI ORGANI MATERNI

Art. I. — DELLA SINFISIOTOMIA

È una delle operazioni più controverse in ostetricia. In taluni trattati tedeschi non se ne fa proprio parola, come di operazione bandita dalla pratica; in molti altri inglesi e francesi non se ne parla che con biasimo. In Italia poi v'è una doppia corrente; mentre che nella parte superiore si inclina per le idee tedesche ed inglesi al riguardo, la scuola ostetrica napoletana la sostiene come operazione che deve restare in Ostetricia e che, nelle giuste indicazioni, può far raggiungere splendidi risultati. Dobbiamo però dire che qualcuno de' migliori ostetrici dell'alta Italia incomincia ad essere meno contrario all'operazione fatta la prima volta da Domenico Ferrara (1774) (Chiara, Mangiagalli, Negri) e che d'altra parte, per essersi fatta l'operazione in molti casi in cui essa non era indicata, la si è resa accettabile con diffidenza e riserva.

Indicazioni. — Bisogna premettere che, a cagione del rammollimento dei ligamenti delle articolazioni del bacino, tagliando la fibro-cartilagine che tiene uniti i pubi, questi possono allontanarsi da 32 fino ad 81 mill. (Giraud), senza che avvenissero lacerazioni nelle sincondrosi sacro-iliache, purchè si operi con lentezza e senza scosse.

Ora, allontanati i pubi, tutte le linee tirate dal promontorio, o meglio dal punto più spongente della parete pelvica posteriore, al margine superiore delle ossa disgiunte, o meglio della parete anteriore, saranno allungati. Tale aumento, secondo Leroy, è di 5 $\frac{1}{2}$ mill. per ogni pollice, ossia 27 mill. di allontanamento delle ossa in corrispondenza dei pubi; 9 a 10 mill. in corrispondenza delle branche orizzontali, 11 a 12 mill. a livello delle cavità cotiloidi.

Inoltre, a testa impegnata, la bozza parietale anteriore corrisponde al vuoto lasciato tra i pubi, onde si guadagnano altri 5 o 6 mill. In modo che, valutando tutto nel complesso, si avrà un aumento di 16 a 21 mill. nelle distanze antero-posteriori del bacino viziato.

I diametri obliqui saranno del pari aumentati, così al distretto superiore, come in quello inferiore e massimamente poi i trasversi, i quali guadagnano quasi la metà della distanza compresa tra i pubi divaricati.

Ora il diametro bi-parietale del feto a termine misura 95 mill. e può ridursi ad 88 mill.; meno 16 e 21 mill. che possono guadagnarsi col taglio della sinfisi, ed ecco che come limite minimo dell'operazione si hanno 67 mill., cioè due pollici e mezzo; come limite più sicuro 74 mill., cioè pollici 2 $\frac{3}{4}$.

Il limite superiore dell'operazione è di 88 mill. (Morisani). Nel caso in parola si aspetterà prima un poco, indi si farà il tentativo con una prudente applicazione di forcipe e nella non riuscita, prima che la vita del feto fosse compromessa, si eseguirà la operazione. Essa è indicata ancora nel caso di tumori dell'escavazione e di eccessivo sviluppo della testa del feto.

Contro la sinfisiotomia fu detto che spesso la madre soccombeva per la cattiva indicazione dell'operazione, o pel periodo troppo avanzato del trava-

glio, o pei maltrattamenti fatti sui genitali prima di praticarla; come pure si è detto che il figlio neanche veniva salvato per le manovre eseguite. Ma da ognuno di leggieri si rileva come siffatte obiezioni siano pochissimo valide.

La sinfisiotomia non dev'essere paragonata, quanto a risultati, col parto prematuro e col taglio cesareo, giacchè ciascuna di siffatte operazioni ha i suoi limiti e le sue indicazioni ben determinate. Essa deve paragonarsi solamente con l'embriotomia (craniotomia, cefalotriessia, cranioclastia), giacchè quando non voglia tagliarsi la sinfisi, sono quelle le operazioni da praticare. Ebbene, come si rileva dalla bella memoria del Prof. Novi, considerando unitamente il risultato per la madre e pel figlio, tutti i vantaggi restano alla sinfisiotomia.

Manuale operativo. — *Processo ordinario.* Si prepara quanto è necessario per l'antisepsi, per l'emostasi, per l'anestesia e per la medicatura, come pure per rianimare il feto, dato che nascesse asfittico.

La donna è posta nella solita posizione. Si radono i peli del pube, indi s'introduce il catetere metallico in vescica affidandolo ad un assistente, che devierà l'uretra a destra. Col bistorino bottonato si fa un taglio di circa 3 centim. fino a qualche centim. in sopra della sinfisi, di là s'introduce *la falcetta o sinfisiotomo* in dietro ed in sotto della cartilagine articolare, indi, elevando il manico dell'istrumento, lentamente se ne farà la sezione, evitandol'uretra e la vescica. Le ossa disgiunte si divaricheranno immediatamente, ma se desiderasi un allontanamento maggiore, basterà allargare le cosce e tirare su gli ilei. All'occorrenza si applicherà il forcipe, facendo sostenere le ossa iliache da due assistenti, ad evitare un eccessivo divaricamento. La nettezza e l'emostasi della ferita va fatta con le solite norme, poi jodoformio e

garza, qualche tampone d'ovatta al sublimato. E bene immobilizzare le ossa con un apparecchio all'amido od al silicato.

Processo di Carbonai e di Imbert. — Questi ostetrici, preferendo il taglio sottocutaneo, fanno un foro nella pelle qualche pollice in sopra dell'articolazione e di là col tenotomo e con piccoli movimenti di sega dividono l'articolazione.

Processo di Stoltz. — Questo autore propone di tagliare col metodo sottocutaneo e con la sega a catena uno dei pubi.

I processi di Stoltz e Carbonai sono di difficile esecuzione e poi le alterazioni riscontrate nelle donne morte in seguito all'operazione risiedevano nelle articolazioni sacro-iliache e non nella sinfisi pubica. Del resto, ottenuta una rigorosa asepsi prima e durante l'operazione, è affatto inutile il seguire un metodo sottocutaneo.

Art. 2. — OPERAZIONI COMBinate

Il prof. Jacolucci, nel 1867, propose due combinazioni: la 1^a tra la *sinfisiotomia ed il parto prematuro*, contro il parto cesareo a feto vivo; la 2^a tra la *sinfisiotomia e l'embriotomia*, contro il parto cesareo a feto morto.

Nei bacini viziati con 2 poll. (54 mill.) nel diametro antero-posteriore, a termine dovrebbe operarsi il taglio cesareo. Con l'operazione combinata proposta dal Jacolucci si avrebbe: l'aumento delle distanze promonto-pubiche fino a 2 ½ poll. (67 mill.) o fino a 2 poll. ed 8 linee (71 mill.); e, provocando il parto a 7 mesi, si renderebbe possibile il passaggio d'una testa che misura 2 ½ poll. (67 mill.) nel diametro bi-parietale; mentre che la madre soffrirebbe i danni della sinfisiotomia, assai inferiori a quelli del taglio cesareo.

Nei restringimenti pelvici poi di 21 e 18 linee, nei quali, a feto morto, l'embriotomia è impossibile e dovrebbe farsi il taglio cesareo, non è preferibile praticare le due operazioni combinate, piuttosto che compromettere maggiormente la vita della madre per estrarne un cadavere?

Che i ragionamenti fatti fossero stati ben fondati, ha dimostrato la pratica del Novi in tre casi e del Morisani in uno.

Art 3. — DEL PARTO CESAREO

L'apertura dell'addome e dell'utero seguita dall'estrazione del prodotto del concepimento dicesi *parto cesareo*, *gastro-isterotomia*, *laparo-isterotomia*, *sezione cesarea*.

L'operazione può praticarsi: 1° in donna morta a feto vivo; 2° in donna viva, a) a feto vivo, b) a feto morto.

1.° L'operazione sulla donna morta a feto vivo è molto antica. Essa sarà praticata sempre che la gravidanza sia arrivata al sesto mese compiuto, potendovi essere errore di calcolo.

S'ignora quanto tempo il feto possa sopravvivere alla madre, ma certamente questo tempo deve essere diverso a seconda della malattia che ha ucciso la donna. Gli ostetrici ritengono quindici a venti minuti (Naegelé e Grenser) e ritengono questo il tempo successivo alla morte nel quale l'operazione è indicata.

Ma poichè, ad onta dei criterii suggeriti per assicurarsi della morte reale, può pure esservi cagione d'errore, è stato stabilito:

1.° Che se la donna muore a travaglio iniziato e l'introduzione della mano sia possibile, si possa fare l'estrazione con le mani o col forcipe dalle vie naturali.

° Che nel corso della gravidanza, ad orifizio chiu-

so e travaglio non iniziato, debba farsi il taglio cesareo.

3.° Che anche nella certezza della morte della donna, debba operarsi con le stesse regole come se la donna fosse viva.

Indicazioni. — A. Ristrettezza pelvica assoluta o gravissima; B. Vaste atresie cervico-vaginali; C. Neoformazioni uterine; D. Rottura dell'utero.

A. Nei vizii pelvici l'operazione è indicata quando il diametro più corto è inferiore ai 2 pol. e $\frac{1}{2}$ (67 mill.) Bisogna distinguere però quando il diametro minimo misura 2 poll. (54 mill.) o meno, dai casi nei quali esso misura 2 poll. e $\frac{1}{2}$ (56 a 68 mill.) Nel primo caso l'operazione è di *necessità*, nel secondo di *elezione*.

I partigiani dell'embriotomia stabiliscono come suo limite 50 mill. a feto vivo; 41 mill. a feto morto. Egli è vero che con i processi embriotomici moderni la pratica ha molto guadagnato e possonsi vincere, con minori maltrattamenti, difficoltà assai maggiori. Ma con vizii pelvici così avanzati, non pure si uccide il feto, ma si espone la vita della madre a gravissimi pericoli. Epperò in tali limiti bisogna escludere le operazioni sul feto ed accettare il taglio cesareo.

Quando il diametro minimo oscilla tra 2 poll. e $2\frac{1}{2}$ (54 a 68 mill.), l'operazione è di *elezione*.

I partigiani dell'embriotomia a feto vivo la praticano nei cennati limiti di restringimento pelvico e con buon successo, giacchè le manovre in quelle contingenze non riescono grandemente stentate. Ma noi col Morisani e con moltissimi altri ostetrici pensiamo che la vita del figlio e quella della madre debbano essere valutati alla stessa stregua, e che non debbasi uccidere il feto, quando con altra operazione, specialmente oggi, si ha molta speranza di vederlo salvo assieme con la madre.

Per tali criterii dunque a 68 mill. si rigetta il parto cesareo perchè è indicata la sinfisiotomia; a 54 mill.

o poco più potrebbe farsi la sinfisiotomia col parto prematuro, quando si fosse interrogato a tempo utile. Che se poi, a termine, si fosse sicuro della vita e della vitalità del feto e la madre consentisse a lasciarsi operare (Morisani), si farebbe il taglio cesareo. Nel caso la donna si ricusasse, si farebbe l'embriotomia senza esitazione e senza ritardo, che riuscirebbe dannoso per la madre.

Le stesse norme saranno seguite per i tumori che ostruiscono l'escavazione e non possono essere rimossi.

Manuale operativo. — Si preparerà la donna col rialzarne le forze, si procurerà una rigorosa asepsi, e si faranno tutti i soliti preparativi delle grandi operazioni, per quanto è possibile, e si opererà verso la fine del periodo di dilatazione.

L'apparecchio istrumentale si compone di due bistorini convesso e bottonato, una sonda scanalata, un catetere, un paio di forbici, parecchie pinzette a torsione, aghi da sutura, fili incerati e metallici e due gaviglie lunghe 5 a 6 pollici.

Si baderà infine a tener pronti degli eccitanti, dell'acqua calda e fredda, indi si disporranno gli assistenti per l'anestesia, la fissazione dell'utero e quanto può occorrere durante il tempo dell'operazione.

Prima d'operare bisogna nuovamente assicurarsi della vita del feto e che non vi siano anse intestinali tra l'utero e la parete addominale.

L'operazione si esegue in quattro tempi: 1° apertura della cavità addominale; 2° apertura dell'utero; 3° estrazione del feto e della placenta; 4° riunione della ferita.

1.° Apertura del ventre. — A due possono ridursi i diversi metodi adoperati per l'esecuzione dell'operazione: o s'arriva sull'utero incidendo il peritoneo, o vi si arriva evitandolo.

Primo metodo (gastro-isterotomia). Comprende cinque processi.

a. Incisione laterale (Levret).—Il taglio incomincia dall'ombellico e si mantiene ad eguale distanza dalla linea alba e da un'altra linea tirata dalla spina iliaca anteriore-superiore all'unione dell'ultima costa vera con la sua cartilagine.

b. Incisione della linea alba (Deleurye). — È il processo comunemente praticato. L'operatore sta a destra, tende i tegumenti con la mano sinistra e con la destra, armata di un bistorino bottonato, taglia astrati fino al peritoneo, per 15 a 16 centim. da sotto l'ombellico fino a 2 o 3 centim. sul pube. Al bisogno può prolungarsi il taglio in alto ed a sinistra.

Arrivati sul peritoneo, vi si farà un foro in alto, dal quale s'introdurrà il dito e poi il bistorino bottonato che continuerà il taglio fino in basso, badando quivi alla vescica. Così operando, l'emorragia è nulla, basterà asciugare il sangue con le spugne, ma, all'occorrenza, si farà qualche ligatura e si procurerà un'emostasi completa, prima di aprire il peritoneo.

c. Incisione trasversale (Lauveriat).—La incisione di 13 a 16 centim. è fatta trasversalmente dal muscolo retto alla colonna vertebrale, più o meno in sotto della terza falsa costa, dal lato verso il quale il fondo dell'utero è inclinato.

a) Incisione obliqua e diagonale (Stein). — Il taglio è esteso dalla branca orizzontale del pube di un lato all'ultima falsa costa del lato opposto, incrociando con l'incisione nel mezzo la linea alba.

b) Processo di Osiander. — Si respinge con la mano dalla vagina la testa contro la parete addominale. ivi si fa un taglio obliquo sul segmento inferiore dell'utero di 11 cent. e di là si caccia il feto.

Secondo metodo. — (Gastro-eliotrotomia). Immaginato da Joerg nel 1800. Esso comprende tre processi.

a) **Processo di Ritgen.** — Si fa un taglio qualche centimetro in sopra dell'arcata crurale, dalla spina iliaca al pube, e di là, tagliati i diversi strati, si scolla il peritoneo e respinge in alto e così s'arriva alla parete posteriore della vagina, che viene forata con la sonda di frate Cosimo. Si allarga poi l'apertura fatta col bistorino bottonato e si taglia il collo uterino, al bisogno, indi si aspetta l'espulsione spontanea.

b) **Processo di Phisick.** — Si fa un taglio trasversale in sopra del pube e di là, scollando il cellulare e la vescica, s'arriva sull'utero che si taglia.

c) **Processo di Baudelocque nipote.** — La incisione si estende dalla spina del pube alla spina iliaca anteriore-superiore del lato opposto a quello verso il quale l'utero è inclinato, parallelamente all'arcata crurale; scollato il peritoneo, s'incide la parete superiore della vagina e si cerca di portare il collo uterino in corrispondenza dell'incisione addominale.

I diversi processi di gastro-eliotomia sono stati abbandonati per le difficoltà dell'esecuzione e per i pericoli che l'accompagnano.

Tra i processi di gastro-isterotomia si preferisce quello di Deleurye (incisione nella linea alba) per la scarsezza dei vasi in quella sede, la possibilità di ravvicinare l'incisione addominale a quella uterina e di tagliare la matrice nel mezzo.

2° **Apertura dell'utero.** — Messo allo scoperto l'utero, se n'è il caso, si respingono lateralmente l'epiploon e le anse intestinali, poi col bistorino convesso si pratica un foro vicino all'angolo superiore della ferita esterna e così per strati si arriva fino alle membrane. Di là s'introduce il dito e sulla guida di esso si pratica il taglio di 11 a 13 centimetri, evitando il fondo ed il segmento inferiore.

Taluni vogliono che prima della sezione dell'utero si aspetti la rottura del sacco (Morisani, Jacolucci,

Novi); altri che lo si rompa dalla vagina, dopo tagliato l'utero e messo l'uovo allo scoperto.

Se si scorge la placenta impiantata nelle parete anteriore, s'incide di lato; se si capita sotto il taglio, si scolla ed espleta rapidamente l'operazione.

3° Estrazione del feto e della placenta.—Aperto l'uovo, per la contrazione uterina e per la compressione laterale fatta dagli assistenti, il feto facilmente vien fuori. Se si presenta la testa o la pelvi, si estrarrà tirando sopra queste parti; se è situato trasversalmente, se ne farà il rivolgimento con le solite norme, badando però di afferrare entrambi i piedi e fare nello stesso tempo trazioni con l'indice o col medio dell'altra mano fissati ad uncino sulla regione sopra clavicolare, e tirando di basso in alto in modo da non lacerare l'angolo inferiore della ferita.

Se la ferita, restata la testa nell'utero, si contrae intorno al collo del feto, se ne farà lo sbrigliamento negli angoli piuttosto che tirare sul feto. Si badi a non lasciar fuoruscire le anse intestinali, cosa che facilmente accade per la rapida retrazione dell'utero e, nel caso, se ne faccia rapidamente la riduzione.

Estratto il feto, lo si consegnerà a qualcheduno.

La placenta rapidamente si distacca e si presenta alla ferita e di là se ne farà la estrazione, badando a non lasciare nessuna porzione di membrana, la quale potrebbe occludere il collo ed impedire la fuoruscita dei lochii. Se il distacco della placenta fosse ritardato, lo si praticherà artificialmente, introducendo la mano dalla ferita.

L'emorragia della ferita uterina raramente è considerevole, perchè l'utero rapidamente si retrae; ma in qualche caso essa è stata così rapida ed abbondante da uccidere la donna. Se il freddo, la vescica di ghiaccio, le spugne inzuppate d'aceto o di altri liquidi astringenti introdotte nella cavità uterina non bastano a frenarla, piuttosto che tentare la ligatura dei

vasi consigliata dal Bell, si può cacciar fuori dall'addome l'utero, come consiglia il Ritgen e non riporlo che quando l'emorragia sia cessata.

4° Riunione della ferita. — Retratto l'utero e fatta la solita toletta del peritoneo, bisogna pensare alla riunione della ferita.

La sutura dell'utero è stata da molto tempo proposta ed eseguita con fili di seta fenicata o di catgut e se ne sono messi innanzi i vantaggi. Oggi essa è stata richiamata in onore dal Singer, che la fa con i fili d'argento ed in un modo speciale (scollando cioè dall'una parte la sierosa, dall'altra la mucosa e suturando nel mezzo il tessuto muscolare). La statistica delle operate con tale processo è più vantaggiosa ancora di quella delle operate col metodo Porro, di cui diremo in ultimo.

Per le pareti addominali poi, ora si è fatta la sutura incavigliata ed ora quella a punti staccati, comprendendo il peritoneo. L'importante è che i punti non siano molto lontani da permettere la fuoruscita delle anse intestinali.

Piuttosto che lasciare aperto l'angolo inferiore della ferita, è preferibile mettervi un tubo da fognatura, ed assicurare la venuta all'esterno di qualunque liquido vi si potesse raccogliere.

Infine si farà la medicatura antisettica all'acido fenico e al jodoformio, od al sublimato e si porterà la donna in altro letto in antecedenza preparato, tenendovela a piano più o meno inclinato dalla testa ai piedi.

Cure consecutive. — *a.* A rimediare ai dolori, al vomito ed ai disturbi nervosi immediati, il miglior rimedio è l'oppio dato a dosi discrete e ripetute, od il piccolo clistere col laudon.

b. Il freddo sarà applicato localmente con compresse bagnate nell'acqua fredda e spesso ricambiate, o con la vescica di ghiaccio. Internamente si daranno

ad intervalli piccoli pezzetti di neve, o qualche sorso d'acqua.

c. Si vuoterà il ventre nei giorni successivi con i clisteri, o con qualche leggiero purgante.

d. Contro la peritonite non v'è altro da fare che la continua applicazione locale del freddo e le dosi piuttosto alte di oppio internamente.

e. Si badi allo scolo regolare dei lochii e si favorisca all'occorrenza con i soliti mezzi (cataplasma, camomilla, salicilato di soda ecc.) evitando le irrigazioni vaginali.

f. Le complicanze che potranno sorgere saranno curate secondo le norme generali.

g. I punti saranno levati dalla ferita addominale quando è già accaduta l'adesione delle parti.

h. La convalescenza è piuttosto lunga ed una igiene rigorosa deve essere osservata fino alla guarigione completa. Dopo questa, la donna porterà una cintura addominale per un certo tempo.

Il taglio cesareo è operazione gravissima, ma oggi con i metodi perfezionati per la sutura uterina e la stretta osservanza delle norme antisettiche, si hanno risultati assai più favorevoli.

Operazione di Porro.—Il Porro, nel 1876, per evitare la morte della donna per emorragia ribelle a tutti i mezzi, dopo il taglio cesareo, dapprima cacciò fuori l'utero dall'addome passandovi un laccio in corrispondenza del suo collo, indi pensò di farne l'escissione. La donna guarì.

Allora, considerato che dalla ferita fatta nell'utero, anche dopo la sutura, qualche cosa sempre potesse passare nel cavo addominale, cagione di sepsi, e la emorragia possibile dopo il taglio cesareo col metodo classico, ed i mutamenti che si avverano durante il puerperio nell'utero restato, con tutti i suoi possibili pericoli, si pensò di elevare a sistema il nuovo processo d'operare.

E la pratica confermò le vedute teoretiche.

Le operazioni cesaree col metodo Porro si moltiplicarono giorno per giorno e la statistica fu tale, da non potersi neanche paragonare con quella che era stata per lo innanzi. Epperò, mentre che per taluni ostetrici il metodo classico doveva essere sostituito da quello del Porro, altri riconoscevano per quest'ultimo delle indicazioni assolute (Mangiagalli), e delle altre relative nelle quali poteva eseguirsi il metodo classico.

Ma oggi, col nuovo processo di sutura uterina del Singer, si sono ottenuti risultati superiori ancora a quelli conseguiti col metodo Porro. In modo che noi siamo persuasi che la distinzione fatta dal Mangiagalli oggi avrà maggior valore a restare nella pratica, modificandosene però le indicazioni. Nei casi ordinari cioè si farà l'operazione cesarea seguita dalla sutura uterina, metodo Singer; in casi speciali (emorragia, tumori, ecc.), si farà quella seguita dall'amputazione utero-ovarica.

Art. 4.—DELLA PELVIOTOMIA

Essa consiste nella sezione di una o di entrambe le ossa dei pubi, o di una o di entrambe le branche degli ischi. Fu proposta dal Galbiati in sostituzione del taglio cesareo, ma fino ad oggi non è stata ancora eseguita.

L'operazione in parola sarebbe indicata nei restringimenti estremi della pelvi fino 27 mill. (Galbiati).

Si esegue facendo un' incisione sulla branca orizzontale del pube, a tre dita trasverse dalla sinfisi, arrivando di là sull' osso e poscia passando la sega a catena. Altre due incisioni analoghe verrebbero fatte sugli ischi, a circa un pollice al d'avanti delle tuberosità. Si farebbe in ultimo la sinfisiotomia, abbando-

nando poi il parto alla natura, od espletandolo con l'applicazione del forcipe.

Il Morisani, dai suoi esperimenti sul cadavere, assicura: 1° che lo spazio così ottenuto sia sufficiente al passaggio del feto; 2° che nessun organo importante rimanga offeso; 3° che l'operazione sia di facile esecuzione.

Il Panzetta immaginò pure al proposito un istrumento speciale per eseguire la sezione delle ossa da fuori in dentro rispettando le parti molli.

Ulteriori studi e la pratica avvenire assegneranno alla pelviotomia il suo giusto valore.

SEGALA CORNUTA

Non ripeteremo la storia naturale della segala cornuta ed il suo modo di preparazione con le formole sotto le quali si trova nel commercio. Solamente, essendo essa entrata nella pratica ostetrica e potendo riuscire dannosa, od utile, a seconda dell'indicazione diversa nella quale viene prescritta, è utile farne qui un cenno.

Effetti fisiologici. — Che la segala cornuta abbia un'azione diretta sulle fibre muscolari lisce, oggi più non si mette in dubbio.

Perchè la sua azione poi fosse più evidente sul sistema genitale, è indispensabile che l'utero fosse stato in antecedenza modificato (sia per la gravidanza, che per corpo estraneo, tumore ecc.), in modo che, al termine della gestazione, quando i mutamenti accaduti nell'utero hanno raggiunto il loro massimo, allora riesce più efficace l'azione della segala cornuta.

È accertato che la segala piuttosto aumenti che non ecciti le contrazioni uterine. Ma essa, mentre che dapprima rinforza le contrazioni, ne muta poi i caratteri e diremmo quasi la natura. Le contrazioni infatti si fanno sempre più lunghe e separate l'una

dall'altra da più corto intervallo, e finiscono per divenire continue e tetaniche, onde pare che piuttosto che la contrazione, la retrazione uterina sia stata realmente esagerata.

La contrazione da intermittente diviene remittente (Bailly).

Gli effetti del medicamento si rilevano dopo 15 a 20 minuti, quando si è presa la polvere di segala dalla bocca, dopo 5 a 6 minuti quando si è fatta la iniezione ipodermica.

La segala cornuta spiega ancora la sua azione sulla vescica, sul cuore, sulle arterie, sugli organi digerenti, sul sistema nervoso ecc., ma siffatte azioni secondarie pel momento a noi non interessano.

Indicazioni.—Accertato che la segala cornuta aumentava in un modo qualunque la forza espulsiva dell'utero, si è detto: sempre che, sia durante il travaglio, sia dopo il parto, bisognerà rinforzare le contrazioni uterine, si adoperi la segala, quindi: nell'inerzia del travaglio, od in quella che lo segue accompagnandosi ad emorragia.

Condizioni indispensabili per adoperarla durante il travaglio sono:

- 1.° Che il collo dell'utero sia dilatato;
- 2.° Che le membrane siano rotte;
- 3.° Che le vie genitali abbiano conformazione normale, od almeno tali dimensioni da lasciar passare il feto;

- 4.° Che vi sia buona presentazione e quindi possibilità di parto spontaneo.

5.° Bailly la dà pure nei restringimenti medii della pelvi e nella presentazione pelvica. Depaul e Grenser la danno nella presentazione pelvica, quando le natiche incominciano già a disimpegnarsi dalla vulva.

- 6.° Infine, nelle emorragie puerperali, inserzione viziosa della placenta, ritenzione di grumi.

Ma altri ostetrici, tra i quali Schroeder, Schatz, Pajot, Charpentier, rigettano affatto l'uso della segala prima del parto e del secondamento, e per le seguenti ragioni:

1.° Perchè sotto l'azione della segala la contrazione uterina perde i suoi caratteri ordinarii, divenendo permanente, spasmodica, tetanica, onde ostacolato lo scambio utero-placentare e quindi morte del feto per asfissia.

2.° Perchè per la segala l'utero resta permanentemente e spasmodicamente accollato sul feto e quindi, immobilizzandolo, ne renderà difficile l'estrazione nei casi in cui bisognerà intervenire.

3.° Perchè in qualche caso la segala può favorire la retrazione spasmodica del collo e quindi raggiungere uno scopo opposto a quello che si voleva.

4.° Perchè, data un'alterazione di struttura della parete uterina (tumore, cicatrice ecc.), ed aumentata la retrazione permanente dell'utero, ne potrà seguire più facilmente la rottura.

5.° Perchè pure espulso il feto, retraendosi dopo rapidamente il collo uterino, può essere ostacolata l'espulsione delle secondine e di qualche grumo.

6.° Perchè, infine, nei casi di placenta previa fa perdere, in vana speranza, un tempo prezioso e più vantaggiosamente applicabile, preparando condizioni più sfavorevoli per l'intervento.

In conclusione dunque, nel travaglio, nella presentazione del vertice, con bacino normale, collo dilatato o dilatabile, si preferisca l'applicazione del forcipe all'uso della segala. Nella presentazione pelvica, le si preferirà l'espressione col metodo di Kristeller ed, all'occorrenza, l'estrazione.

Nel secondamento, si può dare la segala solamente quando l'utero si è vuotato delle secondine e dei grumi, per assicurare la permanente retrazione.

Nell'inerzia secondaria si prescriverà la segala

con le medesime indicazioni, cioè dopo che si è vuotato l'utero di tutti i grumi.

Nell'aborto si può dare come tentativo prima di far ricorso allo zaffo.

Nelle emorragie poi che sopraggiungono in un periodo tardivo del puerperio, per cattiva involuzione dell'utero o congestioni accidentali, la segala cornuta può riuscire grandemente efficace.

Oggi l'uso della segala come mezzo profilattico de'le infezioni puerperali (Guérin , Barnes), è stato quasi affatto abbandonato.

Pel modo di somministrazione della segala, o dei suoi preparati (ergotina di Bonjean, d'Yvon, tintura di segala, ergotinina di Tanret), e dalla via dello stomaco, e dalla via ipodermica, si riscontrino i trattati speciali.

Noi preferiamo 2 grm. di segala di recente polverata presa in 4 dosi in un cucchiaino di marsala ed alla distanza di 10 a 15 minuti.



PARTE TERZA

PUERPERIO

1° *Fenomeni generali.*—*A.* Condizioni generali.—*B.* Polso.—*C.* Temperatura.—*D.* Modificazioni del sangue.—*E.* Modificazioni delle secrezioni.—2° *Fenomeni locali.* — *A.* Collo dell'utero.—*B.* Superficie interna dell'utero.—*C.* Involuzione dell'utero.—Cagioni che disturbano l'involuzione.—Modo di ricavar la misura dell'utero.—Effetti della cattiva involuzione.—Coliche o morsi uterini.—Lochii.—Febbre del latte.—Cure generali del puerperio.

Per puerperio comunemente si comprende quel periodo di tempo che intercede tra la espulsione dell'uovo fecondato ed il ritorno della mestruazione, periodo cotesto ordinariamente di 40 giorni. Più esattamente però il puerperio incomincia dopo il parto e termina quando gli organi della generazione sono ritornati nelle loro condizioni precedenti alla gravidanza. Perché ciò si avveri non ci vogliono meno di tre mesi.

Ora, come con lo svolgersi della gestazione tutti i sistemi ed apparecchi organici si sono modificati, così del pari si avverano in essi dei mutamenti in senso inverso nel corso del puerperio. Epperò distingueremo:

I. FENOMENI GENERALI

A. Espletato il travaglio del parto, la donna resterà in un modo diverso a norma della durata e del mo-

do nel quale esso si è terminato e di tutte le altre condizioni nella quale essa vive. Se il parto fu eutocico, mentre che il viso è ancora acceso e la pelle in traspirazione, già la calma ed il bisogno di riposo si va sostituendo alla stanchezza ed allo sforzo eseguito. Ma se poi il parto fu distocico, specialmente in donna primipara e con gravidanza illegittima, l'ostetrico, a prescindere dai disturbi di una possibile infezione già in atto, può osservare le manifestazioni nervose più diverse, dal più completo esaurimento, all'esaltazione più spiccata.

Nelle condizioni ordinarie la donna ritrova nel sonno riparatore il miglior ristoro alle sue forze.

B. Polso. — Nello stato normale il polso della donna oscilla tra 75 ed 80 pulsazioni al minuto primo. Immediatamente dopo il parto il polso si rallenta, poi aumenta le sue pulsazioni per ridurle di nuovo fino a 60, 50 e 40 dal primo al dodicesimo giorno del puerperio. Questo è il *polso puerperale* dovuto all'aumentata tensione arteriosa consecutiva alla cessata circolazione uterina (Blot, Marey). La frequenza del polso in una puerpera farà stare in guardia per la possibilità di qualche processo morboso incipiente.

C. Temperatura. — La temperatura normale oscilla tra 36° e 37°. Nel puerperio normale non deve aver si che lo spostamento di pochi decimi, principalmente nel momento in cui si stabilisce la lattazione. La temperatura di 38° non deve spaventare solamente quando dura poche ore o coincide con l'ingorgo delle mammelle, si badi però alla regolare funzione del ventre, chè dal suo disturbo può derivare la temporanea elevazione della temperatura e vi si provveda all'occorrenza.

D. Modificazioni del sangue. — Tutti i mutamenti verificatisi nella composizione del sangue durante il corso della gravidanza raggiungono il loro più alto grado dieci a dodici ore dopo il parto, specialmente

l'aumento dei globuli bianchi, *leucocitosi fisiologica* del Peter.

E. Modificazioni delle secrezioni.— Nelle prime ventiquattr'ore dopo il parto aumenta la quantità dell'urina, per le mutate condizioni della circolazione, e del pari se ne modifica la composizione: aumenta l'acqua, diminuiscono i sali, spesso vi comparisce lo zucchero (Blot, de Sinety). I prodotti dell'ossidazione organica, specialmente l'urea, si troverebbero aumentati nell'urina, se non fossero ancora eliminati con i lochii, il sudore, il latte (Barnes). La funzione della pelle è esagerata non solo nelle prime ore consecutive al parto, ma spesso ancora nei primi cinque o sei giorni.

Le diverse secrezioni (cutanea, renale, mammaria, lochiale) sembrano supplirsi a vicenda, in modo che l'aumento dell'una importa la diminuzione dell'altra.

2. FENOMENI LOCALI

Tutto l'apparecchio della generazione, dalle grandi labbra alle ovaie, si modifica nel puerperio in senso inverso che nella gravidanza.

La circolazione si riordina, i liquidi dei quali sono eccessivamente infiltrati i tessuti si riassorbono, l'aumento di volume e di numero dei singoli elementi componenti, dai quali ancora l'ingrossamento delle parti, scompare. Ma come nell'utero hanno avuto luogo le più importanti modificazioni nel corso della gestazione, così accadrà del pari nel puerperio.

A. Collo dell'utero.—Dopo il parto il collo dell'utero si restringe e gradatamente si riduce nel suo volume; l'orifizio esterno resta però per parecchio tempo più dilatato ed ineguale. L'orifizio interno, dopo il feto, lascia venir fuori facilmente le secondine ed i grumi. Anche dopo passato il puerperio, il collo resta più corto, più grosso, cilindrico, con l'orifizio esterno

alquanto circolare e contorno frastagliato per le lacerazioni, talvolta assai estese, che si produssero nel momento del parto.

B. Superficie interna dell'utero.—L'abbiamo già detto a proposito dell'aborto come accadeva il distacco dell'uovo. Negli strati connettivali profondi



Fig. 45. — Cavità dell'utero un'ora dopo il parto. Sezione longitudinale fatta dalla parte posteriore

della caduca vera ha luogo un continuo processo di distruzione e rigenerazione degli elementi cellulari, che serve dall'una parte a mantenere tra l'utero e l'uovo legami resistenti, ma facilmente lacerabili, e dall'altra poi a formare uno strato granulante, che riveste la superficie uterina, espulso

so il prodotto del concepimento. In sotto della placenta poi ha luogo una più attiva proliferazione degli strati connettivali, la quale non deve restare senza influenza sull'aumento della rigidità e del peso dell'organo al termine della gestazione.

Ciò posto, aprendo un utero dopo il parto, ecco quello che si vede. In tutta la cavità vi è uno strato

molle, umido, rossastro, ineguale, con delle piccole lacinie pendenti e facilmente distaccabili ed in qualche punto con qualche piccolo cencio di membrane restate aderenti. Dove era inserita la placenta, si vede quasi una specie di placca più sporgente, più lucida, dovuta proprio alla maggiore proliferazione del connettivo in quel punto. Vi si vedono pure orificii vascolari più o meno larghi, ancora beanti o pure occlusi da grumi.

Avendo l'agio di osservare un utero in un periodo più inoltrato del puerperio, purchè la donna sia morta per malattia indipendente da questo, mentre si troveranno le pareti corrispondenti all'epoca speciale dell'involuzione, come diremo, si vedrà quanto segue nella cavità. Allo stesso modo che si deterge una ferita di qualunque altra parte dell'organismo e la zona mortificata si distacca sotto forma di detritus, che viene eliminato con i liquidi da essa segregati, così succede nell'utero. Lo strato superficiale è più o meno distaccato e dalla proliferazione degli strati profondi si troverà la nuova mucosa più o meno già completamente formata, e nello stesso tempo la mucosa del collo dell'utero, la quale non è caduca, ripiglia i suoi caratteri ordinarii, riformando del pari il suo albero della vita.

C. Involuzione dell'utero. — Dire che la retrattilità dell'utero influisca sul suo processo d'involuzione è un errore. La retrazione è una proprietà fisica del muscolo uterino, per la quale esso, cessata la cagione che lo teneva disteso, si riduce nel suo volume, comprimendo ancora il sistema vascolare in esso contenuto. L'involuzione invece è un fenomeno complesso di attività vitale, accompagnato da trasformazioni organiche, per le quali l'utero perde i caratteri acquistati nel corso della gestazione, e ripiglia quelli che aveva temporaneamente perduti.

Ma in che consiste il processo dell'involuzione u-

terina? La teorica generalmente accettata al riguardo ritiene che l'essenza del processo sia fatta dalla degenerazione grassa delle fibre muscolari e loro consecutivo riassorbimento. Lo Schroeder ed il Braun poi, non tenendo presente quanto succede in tutti gli altri muscoli, vogliono trovare la ragione di siffatta degenerazione nel consumo e nella deficiente sostituzi-

tuzione del protoplasma ossigenato delle fibre muscolari durante il travaglio del parto.

Per noi, come abbiamo dimostrato fin dal 1883 nel nostro lavoro sull'involutione dell'utero studiata dal lato istologico (*Morgagni*, 1883) la tanto ripetuta ed accettata degenerazione grassa delle fibre



Fig. 46. — Sezione trasversale del corpo dell'utero di donna al termine della gravidanza.

muscolari non costituisce il processo dell'involutione uterina.

Riporteremo dal citato lavoro la figura rappresentante l'utero al termine della gestazione (ricavato da una sezione cesarea) e quella dell'utero al 20° giorno dell'involutione (donna morta per polmonite fibrinosa) per farne rilevare l'enorme differenza. Le conclusioni poi alle quali arrivammo e che tuttora sosteniamo intorno alla natura del processo dell'involutione sono:

1.° Che nell'utero gravido a nove mesi si riscontra una considerevole quantità di connettivo, il quale forma degli spessi setti tra i fasci muscolari e delle trabecole intorno alle singole fibre.

2.^o Che quel connettivo va successivamente aumentando nel puerperio passando dalla forma embrionale a quella adulta, e spiegando l'ufficio prima di assicurare la nutrizione degli elementi muscolari ed indi di produrne l'atrofia.

3.^o Che nei vasi della matrice a nove mesi trovasi notevole inspessimento della loro tunica media, specialmente nelle arterie, e rigonfiamento e proliferazione nell'intima, a preferenza nelle vene.

4.^o Che quella forma di endoarterite e di endoflebite

obliterante con consecutiva formazione di trombi in molti vasi serve a produrre la diminuzione in alcuni, ed in altri la completa atresia del lume vasale e quindi la relativa ischemia dell'organo.

5.^o Che il processo dell'involuzione è da annoverare tra le atrofie semplici granulari e non entra in esso, come si accettava per lo innanzi, quale parte principale la degenerazione grassa degli elementi muscolari e loro consecutivo riassorbimento.

6.^o Che è il connettivo quello che ipertrofizzandosi induce l'atrofia delle fibro-cellule muscolari per assorbimento attivo dei liquidi nutritivi, e per la pressione fatta dall'aumento di volume.

Cagioni che disturbano la normale involuzione.— Queste nel nostro lavoro sull'involuzione dell'utero studiata dal lato clinico (*Giornale Interna-*

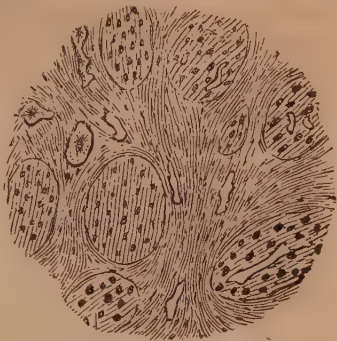


Fig. 47.— Sezione trasversale del corpo dell'utero di donna al 20° giorno dell'involuzione.

zionale delle Scienze Mediche, 1882) vennero da noi distinte in: 1°, indirette, ossia quelle che operano sull' generale della donna e 2°, dirette, quelle che operano sull'utero.

1.° *Indirette*. Tra queste si annoverano: a) Le condizioni generali della donna, giacchè tra una donna robusta ed una debole, nei primi otto giorni del puerperio, vi è una differenza di 2 a 3 cent. nella riduzione di volume dell' utero. b) Le malattie da infezione, acute o croniche (vaiuolo, scarlattina, sifilide ecc.). Dopo quanto si è detto a proposito di tali malattie e della loro influenza sulla gestazione, sarebbe quivi inutile farne parola. c) Le malattie di qualche organo lontano dall'utero (polmone, cuore, reni ecc.). I disturbi della circolazione e della nutrizione verificatisi in siffatte congiunture, ci danno piena ragione della disturbata involuzione.

2.° *Dirette*. a) Numero delle gravidanze e loro epoca. Il ripetersi della gravidanza specialmente a brevi intervalli e nelle donne con debole costituzione, induce delle modificazioni di struttura dell'organo, per le quali la normale e completa involuzione è sempre più lenta. L' interruzione poi d' una gravidanza precedente, sia per la possibile endometrite cronica consecutiva alla ritenzione d' una parte delle membrane, sia per la possibilità della successiva fecondazione, quando l' utero non ha ancora compiuto il suo processo d' involuzione, lo disporrà malamente per il puerperio avvenire. I disturbi della circolazione uterina poi dovuti alla esagerata e permanente compressione del busto nel corso della gravidanza, opera allo stesso modo. b) Lunga durata del travaglio. Essa influisce sfavorevolmente sull' involuzione, sia per l' esaurimento dei centri nervosi che tengono azione sull' utero, sia per i maltrattamenti locali e maggiore facilità di processi morbosi dopo di essa. c) Alterazioni degli organi genitali e loro vicinanze. Queste

possono essere precedenti alla gestazione: versioni, flessioni, prolassi, infiammazioni croniche, polipi ec. In siffatti casi veramente di rado ha luogo la gravidanza, ma, avveratasi, l'involuzione sarà lenta ed incompleta. Per le alterazioni del puerperio poi è da tener presente che nelle infezioni patogene può mancare qualunque alterazione locale e quindi il processo dell'involuzione uterina può procedere come d'ordinario. Non così nelle infezioni non patogene, quando però non abbiano corso acutissimo, nelle quali, trovandosi sempre una infiammazione locale, questa può, per i disturbi circolatorii e nutritivi circostanti, rallentare o sospendere addirittura il processo di riduzione dell'utero.

Diremo infine che, a nostro giudizio, la lattazione, sia per la congestione che richiama sopra altri organi che stanno in rapporto con l'utero, sia per lo stimolo che dalle mammelle si porta al midollo e da questo per via riflessa sull'utero, favorisce ed accelera il processo della regolare involuzione.

I disturbi che possono avverarsi in un periodo più avanzato del puerperio per la protratta ed esagerata suzione delle mammelle, sono di altro ordine e non infirmano la regola cennata.

Modo di ricavar la misura dell'utero.— Si sono proposti parecchi metodi: Misurazione col compasso di spessezza del Baudelocque modificato dal Depaul; con due bastoncelli di metallo articolati (Boerner); con la sonda uterina (Martin, Simpson). È più facile e pratico servirsi del riscontro combinato (indice di una mano sul collo, l'altra mano sul fondo) o di un semplice nastro misuratore (Cosentino), purchè siasi in precedenza vuotato il retto e specialmente la vescica.

Effetti della cattiva involuzione.— Quattro quinti delle malattie uterine riconoscono il loro cominciamento nella cattiva involuzione dell'utero. Ri-

cercate bene, dice Thomas, e la donna che soffre metrite cronica od altra alterazione degli organi della generazione, riferirà sempre le sue sofferenze ad un parto od aborto precedente. Dall'importanza poi di siffatta alterazione e della loro influenza sulle condizioni generali della donna, ognuno potrà rilevare l'importanza di una esatta igiene nel puerperio.

Coliche o morsi uterini. — Nei primi giorni del puerperio, fino al terzo o quarto, la donna di tanto in tanto avverte dei dolori accompagnati all'indurimento e contrazione dell'utero, ed alla maggiore quantità di liquido che vien fuori dall'organo. I liquidi od i grumi accumulati nella cavità uterina, operando da corpo estraneo, eccitano ad intervalli la contrazione.

I morsi uterini sono più forti nelle multipare che nelle primipare, ed in certe donne raggiungono un tale grado da doversi mitigare con i cataplasmi caldi di linseme sul ventre ed il piccolo clistere laudannizzato. Come si manifestino i morsi in caso d'infezione puerperale, sarà detto a suo luogo.

Lochii. — Così va denominata quella secrezione che vien fuori dai genitali durante il tempo dell'involuzione uterina. Questa coincidenza dei lochii con l'involuzione dice che le due funzioni stanno in connessione e, difatti, soppressa la lochiazione, l'involuzione è disturbata (Barnes).

I lochii si sono distinti in *sanguigni*, per i primi due o tre giorni; *sierosi* fino al settimo giorno; *purulenti* fino al venticinquesimo giorno, o più in là. Essi sono più o meno abbondanti a norma delle condizioni generali della donna, della primiparità o multiparità ecc. Possono, specialmente nelle donne linfatiche e nervose, ritornare sanguinolenti sotto la suzione delle mammelle, indi nuovamente sierosi. Possono infine, indipendentemente da qualunque processo infettivo, presentare un cattivo odore in certe donne.

Nei lochii all'esame microscopico si trovano oltre ai globuli bianchi e rossi, ai detritus della caduca o qualche cellula embrionale sfaldata, dei batterii e dei micrococchi (*bacterium termo*, *diplococchi* e *micrococchi incapsulati*) (1).

Nei primi giorni del puerperio la reazione dei lochii è alcalina: dall'ottavo giorno essa diviene neutra od acida. Al principio vi si trova l'albumina, poi la mucina, il grasso saponificato, i cloruri, i fosfati alcalini a base di calce o d'ossido di ferro.

Febbre del latte. — Certamente col determinarsi l'ingorgo delle mammelle e lo stabilirsi della lattazione la donna avverte dei disturbi generali. Questi però possono variare in limiti estesissimi, dal semplice mal di capo, ad una vera febbre nelle donne delicate, nervose e malsane. Ecco quindi perchè per il passato si aspettava la famosa febbre del latte con lo stabilirsi della lattazione.

Si tenga però presente che nelle donne robuste e nel puerperio normale tale febbre non si avvera ed in qualunque condizione poi, quando il termometro sorpassa i 38°, si stia in guardia e non si perda un tempo prezioso e che solo speso utilmente può salvare la vita d'una povera madre.

CURE GENERALI DEL PUERPERIO

Per non fare inutili ripetizioni, occupandocene ampiamente in appresso, ci passeremo delle precauzioni indispensabili ad osservarsi dall'ostetrico e dalla levatrice per evitare le infezioni del puerperio. In generale si badi:

1.° Alla buon'aria della camera e ad evitare le correnti dirette;

(1) Il Golgi riferì alla *Società Medica di Pavia* (30 giugno 1886) come nel suo laboratorio Anna Kouliscioff abbia scoperto nei lochii normali 5 specie di cocchi e 3 di batterii.

- 2.° Ad evitare qualunque emozione;
- 3.° A sorvegliare il volume dell'utero;
- 4.° A verificare se la donna abbia o no urinato ed, all'occorrenza, fare il cateterismo;
- 5.° A dare fin dal primo giorno qualche tazza di brodo e poi subito da mangiare, in modo però da non creare complicate da parte dello stomaco;
- 6.° Alla regolare funzione del ventre, prescrivendo al bisogno un purgante;
- 7.° A far stare quanto più è possibile la donna a letto, specialmente se debole e multipara. Le si consiglierà poi una fascia intorno all'addome nel levarsi dal letto.
- 8.° Infine dei segni rilevabili dal polso e dalla temperatura e del modo d'intervenire sarà detto a proposito delle

INFEZIONI DEL PUERPERIO

Questa parte del nostro lavoro sarà trovata, al paragone delle altre, più ampiamente svolta. Ma noi lo abbiamo fatto a bello studio.

Le operazioni classiche e per grave distocia s'incontrano assai di rado nella pratica e le gravi alterazioni che possono influire interrompendo il corso della gestazione neanche poi sono tanto comuni.

Ma tutti i giorni vi sono donne che partoriscono e molte preziose esistenze sono compromesse ed altre molte se ne perdono per l'ignoranza di chi ha assistito al travaglio. Quello che più scoraggia poi è che tra noi, anche i grandi medici, ossia quelli che fanno molti affari e vengono di continuo consultati, sanno fare bene quella cura sintomatica, che può soddisfare gli occhi delle famiglie, senza sottrarre nessuna vittima al suo destino, ma non hanno nessun concetto di quello che sia la febbre puerperale. Soventi volte abbiamo udito in consulto parlare di cattiv

esposizione della camera, dell'influenza del freddo o di una malattia preesistente, dell'anemia ecc. quando *colui che ha assistito al travaglio ed ha applicato il forcipe per non far soffrire più la signora non si è neppur lavate le mani, come non ha lavato l'istrumento.* Il peggio poi è che nei libri d'ostetricia anche più moderni e che vanno per le mani di tutti, delle alterazioni del puerperio si parla poco o male. Pertanto noi, da quanto è stato scritto al riguardo, dai risultati ottenuti nelle cliniche dove si pratica una rigorosa antisepsi, e dalle proprie osservazioni siamo fermamente e profondamente convinti: *che la febbre puerperale si sviluppa quando non si è saputa evitare e che con le norme della scienza moderna essa debba essere evitata.* Che tale nostro convincimento entri nella coscienza di ogni medico pratico, ecco il compenso al quale aspiriamo.

Tralasciando la storia al riguardo, per la quale possonsi riscontrare le nostre lezioni (Meola, *L'alterazioni del puerperio, Riforma Medica*, 1885), ecoci all'argomento.

CAPO I.

PATOLOGIA DELLE INFEZIONI PUERPERALI.

Art. I. — MODO DI SVILUPPO DELL'INFEZIONE

Quale sia proprio il batterio specifico della febbre puerperale, la scienza ancora non conosce ed il Tanzer, dopo di aver lavorato un anno a ricercarlo presso il Cohn, non ha altro guadagnato *che maggiore stimolo ai suoi studi.*

Semmelwis attribuiva l'infezione puerperale ad

«una materia animale-organica in decomposizione». Oggi si usano vocaboli più moderni, ma non se ne conosce più che tanto.

Gli studi batteriologici sono di data relativamente recente e presentano grandi difficoltà, nello stesso tempo che domandano sufficienti mezzi per menarsi innanzi. Questo valga a giustificare di talune conoscenze incomplete ancora dal lato scientifico. È possibile che si trovi il batterio specifico della febbre puerperale, come giorno per giorno si scovano elementi specifici, che ora vivono e si sviluppano nel sangue (spirillo della febbre ricorrente ecc.), dando molti disturbi generali e pochi locali; ora in qualche altra parte, come il batterio della lepra, dando gravi fatti locali e pochi generali; ora prediligono date regioni, come lo pneumococco ad esempio ed il gonococco ecc. Vi ha poi altri batterii, che si sviluppano volentieri nel tessuto connettivo, provocando nel tempo stesso gravi manifestazioni locali e generali. Essi danno luogo, nel loro sviluppo, alla necrosi dei tessuti, ed elaborano delle sostanze, che, una volta riassorbite, esercitano un'azione tossica sull'economia. A questi organismi, schizomiceti dell'infezione delle ferite, si crede probabilmente appartenga il batterio della febbre puerperale, che dal lato clinico è identico a quello della piemia, *microscopon septicum* di Klebs.

L'etiologia della febbre puerperale e delle infezioni acute chirurgiche è identica. Isolate una specie determinata di batterii con successive culture, come succede nell'organismo nei mezzi di cultura naturali; ebbene, dopo parecchie generazioni non resterà che una specie sola di batterii, la più deleterea per l'organismo. I batterii d'una donna colpita da febbre puerperale sono così eminentemente infettivi, che, non pure comunicano l'infezione ad altra puerpera, ma, venendo in contatto di una leggerissima lesione chirurgica, possono uccidere l'infermo per piemia

o setticemia acutissima, come, viceversa, un piemico può provocare con i suoi materiali infettivi una infezione puerperale rapidamente mortale.

Si vede quindi che dal lato clinico l'identità del batterio della febbre puerperale e della setticemia è dimostrata, sia dagli effetti reciproci delle cennate sostanze infettive, sia, fino ad un certo punto, dalla natura delle alterazioni anatomo-patologiche.

Vi ha due mezzi per distinguere i batterii con la semplice ispezione: la loro forma ed il loro aggruppamento al microscopio, e la disposizione degli ammassi di zooglee nei mezzi di coltura, o la loro forma macroscopica.

La forma macroscopica dei batterii è spesso essa sola decisiva, giacchè con l'osservazione microscopica non si arriva a nessun risultato. Così certi batterii incolori ed identici al microscopio pigliano nei mezzi di coltura certe disposizioni e colorazioni nettamente distinte (Fritsch).

La forma microscopica degli schizomiceti della febbre puerperale non è ancora nettamente definita dal perchè l'esame del sangue del cadavere non ha alcun valore; quello dello stesso sangue fatto in vita non ha potuto nulla ancora far scoprire. Si è creduto che la disposizione dei batterii nei tessuti, massime il loro accumulo in vicinanza dei capillari e delle cellule del connettivo, valesse a decidere se l'invasione dei batterii fosse anteriore o posteriore alla morte; ma fino ad oggi, per l'imperfezione dei mezzi di colorazione, i quali alterano i tessuti, nulla ancora può affermarsi.

Il Fritsch dice che la *forma macroscopica* dei batterii bisogna ricercarla nelle modificazioni da essi indotte nell'organismo. Come i batterii pigliano, nei mezzi di coltura, configurazioni determinate, dipendenti dal loro modo speciale di vegetazione, così del pari questi stessi organismi provocano, nell'uomo

vivo, modificazioni speciali cagionate dalle condizioni richieste pel loro sviluppo, manifestazioni vitali e modo d'accrescimento. Alterazioni analoghe dunque, o diverse, secondo tali criterii, debbono corrispondere a batterii analoghi o diversi. Il batterio della febbre puerperale e quello della setticemia e della piemia da questo lato non si distinguono.

Quanto all'identità tra il cocco dell'eresipela ed il batterio della febbre puerperale, dal lato clinico, sonvi ancora dei dubbi, ma è più probabile che siano affatto diversi tra loro. Vi ha casi in cui vi è stata febbre puerperale e risipela, o l'una è succeduta all'altra, mentre altre volte tra le due infezioni non si è notato nessun rapporto. Il cocco dell'eresipela pare avere maggiore affinità per la pelle e pei ganglii linfatici che non pel connettivo profondo.

Ma come spiegare con le teoriche batteriologiche moderne i diversi gradi di gravèzza delle infezioni puerperali, come ogni pratico ha avuto ad osservare? V'esistono forse altrettanti batterii diversi, per quante sono le forme cliniche?

Il Koch si dichiara contrario alla trasformazione dei virus, ma il Fritsch dice: Se è accettato che con le culture possa diminuire la virulenza dei batterii, perchè mai essa non potrà del pari aumentare? Perchè non vi potrebbe essere una vegetazione debole ed una rigogliosa, a norma del buono o cattivo terreno di cultura? Non è stato forse dimostrato come talune condizioni, ad es. il disseccamento, valgano a rendere i cocchi quasi inattivi? Di modo che è logico ammettere col Mikulicz un rapporto etiologico tra le diverse condizioni patologiche e la qualità ed energia vitale dei diversi batterii.

Ma pare che la maggiore o minore virulenza dei batterii *patogeni* non dipenda solo dal loro maggiore o minore sviluppo. I così detti batterii *patogeni specifici* posseggono, al più alto grado, questa potenza

di sviluppo ed energia d' infezione. Per le modificazioni da essi indotte nell'organismo, la loro virulenza è ritenuta come specifica.

I batterii, che hanno subito una qualunque modificazione, o che furono conservati in liquidi antisettici, sono considerati come più deboli, o schizomiceti *non patogeni*. Di modo che potrebbe ritenersi l'esistenza di diverse specie di batterii non patogeni, di cui una acquisterebbe le proprietà dei batterii patogeni. I primi sarebbero quelli ordinarii della putrefazione; i secondi avrebbero la grande attitudine a svilupparsi nei tessuti dell'organismo già necrotici, o con deboli poteri nutritivi. I lochii, le secrezioni ritenute nel fondo delle ferite costituiscono i mezzi di sviluppo dei batterii ed in pari tempo d'elaborazione di altre sostanze tossiche, che, riassorbite alla lor volta, imbibiscono i tessuti vicini e li preparano allo sviluppo dei batterii. Come dice Cohnheim « l'infiammazione dovuta all'infezione produce alla sua volta sostanze egualmente infettive ».

Premesse queste poche idee generali, eccoci a dare un esempio pratico del modo d'introdursi e svolgersi dei batterii nelle vie genitali.

Infezione patogena. — Un medico è chiamato a curare un infermo di tifo, con piaghe di decubito, ascessi e suppurazioni estese. Incide uno di tali focolai suppurativi, ne svuota col dito il contenuto, indi si ritira lavandosi le mani come al solito. Nello stesso giorno è chiamato ad assistere una donna in travaglio, ed egli corre tutto pieno d'emozione ed entusiasmo. Sulla partorienti pratica inutili e ripetuti riscontri, poco delicati, ed anco un poco brutali. La donna nelle prime ore del giorno seguente si sgrava spontaneamente. La temperatura della puerpera la sera stessa segna $39^{\circ},5$ e $40^{\circ},2$ il giorno appresso, senza nessun brivido di freddo.

La temperatura si mantiene così alta, il polso è più

frequente e filiforme, la lingua secca, l'intelligenza ottusa, gli occhi infossati nelle orbite, con pupille dilatate e che esprimono la sofferenza, le gote infiammate; l'inferma è abbattuta, l'addome tumido, le gambe retratte.

Quanto a disturbi locali: si trova l'utero, al palpatamento, aumentato di volume, molto molle e mobile. I parametriti sono liberi e solo mostrano alla pressione una sensibilità ottusa. La vagina contiene qualche grumo, o solo sangue liquido, affatto inodore; al quinto o sesto giorno la puerpera muore, quasi senza agonia. Ella ha soccombuto « ad una febbre puerperale senza localizzazione, » alla setticemia.

La levatrice, che ha assistito questa donna, pratica ad altre il riscontro, e sopraggiungono in quelle altre alterazioni gravi, parametriti, peritoniti ecc. L'epidemia è dichiarata; delle puerpere il maggior numero ammala, parecchie hanno sintomi d'infezione grave, buona parte ne muore.

Questi sono i casi d'infezione eteroetrona (Semmelweis), d'infezione per contatto (Mikulichz), d'infezione primitiva (Fritsch); il virus, cui essa è dovuta, è tanto potente, da uccidere prima che l'organismo abbia il tempo di reagire.

Il Fritsch fa giustamente rilevare come si andrebbe errati considerando tali condizioni morbose come *avvelenamenti settici*. Questa specie di avvelamento, come alterazione primitiva, nell'uomo non esiste. La *setticemia*, ossia l'avvelamento del sangue per sostanze tossiche solubili, si sviluppa in modo secondario.

Questo veleno settico solubile è un prodotto elaborato dallo sviluppo dei batterii nei loro mezzi favorevoli.

La setticemia sperimentale è affatto diversa dalla setticemia puerperale. Egli è vero, soggiunge lo stesso autore, che nelle materie putride si trovi una so-

stanza chimica capace di riprodurre i sintomi dell'infezione putrida, ma, considerata la quantità di essa necessaria ad essere iniettata, si resta persuasi come non si potrebbe nell'uomo introdurre una dose così enorme di tali sostanze.

Egli è certo, d'altra parte, che questo veleno possa nascere nell'organismo: possono prodursi nel connettivo peri-uterino o nel peritoneo, ad es. focolai purulenti, dove sono elaborate sostanze settiche in proporzioni assai superiori a quelle iniettate negli animali. È indispensabile dunque che tali focolai si sviluppino. Il dito esploratore non potrebbe inoculare tanta quantità di tali sostanze. I batterii dunque operano per *fermentazione* e non per *avvelenamento*. Il processo tutto quanto è costituito da un'infezione seguita da avvelenamento, il quale a sua volta è un risultato dell'infezione primitiva.

Ma qui bisogna rivolgersi due domande:

1.º Perché i batterii sono così pericolosi?

2.º Perché sono a tale alto grado nelle puerpere?

Al primo quesito già implicitamente si è risposto. La virulenza specifica risiede nelle loro proprietà patogene, e deriva dalla potenza di adattamento ad essi comunicata dalla cultura in mezzi adatti.

Eppure talune *epidemie di febbre puerperale*, cessate spontaneamente, pare contraddicano ad un tal modo di vedere. Nelle maternità, per l'abbondanza di adatto materiale di cultura e di batterii patogeni, le infezioni avrebbero dovuto divenire sempre più micidiali.

La contraddizione però è solo apparente. Infatti, che cosa si faceva prima, quando una Clinica era tormentata dalla febbre puerperale? Si vuotavano le sale dalle inferme, s'imbiancavano le pareti, si lavava il pavimento, si facevano dei suffumigi, *si disinfettavano*, in una parola.

Ed in realtà, non completamente, ma in certo mo-

do la disinfezione aveva luogo. Il tempo stesso è un disinfettante, che, per così dire, passa inosservato. Eppoi, dopo che vi siete imbrattate le mani di sostanze d'infezione, anche non adoperando nessun mezzo chimico, lavandovi solo le mani col sapone, per 100 o 200 volte, voi le avrete disinfettate *meccanicamente*, perchè non solo i batterii patogeni, ma pure l'epitelio di rivestimento si sarà distaccato. Era dunque una specie di disinfezione meccanica quella che allora si faceva. Quanto alle infezioni leggieri, che si osservano insieme o dopo quelle gravi, pur ritenendo identico il batterio che opera, può dirsi come esso, a somiglianza di tutti gli altri vegetali, vegeta e cresce con maggiore o minore rigoglio, a norma del terreno più o meno favorevole nel quale si sviluppa.

Ma è vero che al termine di un'epidemia si osservi maggior numero di casi leggieri, e che le condizioni generali delle puerpere, durante una epidemia, sieno meno soddisfacenti?

La prima di tali proposizioni è vera, giacchè le misure multiple di disinfezione adoperate diminuiscono ed attenuano gradatamente il numero e la virulenza dei batterii come nei processi di cultura sperimentale.

La seconda proposizione poi oggi è affatto rigettata. Una volta che non si ritiene esatta l'espressione di *epidemia di febbre puerperale*, come non si riterrrebbe quella di *epidemia di ferite di arma da fuoco*, ammettendo l'*avvelenamento inoculato nel caso speciale*, non si può accettare una tale predisposizione da parte delle puerpere. È più naturale spiegarsi i fatti a questo modo: l'epidemia incomincia con gran numero di casi benigni; i poteri fisiologici dell'organismo restano vincitori; i materiali infettivi intanto diventano più abbondanti e si diffondono; i batterii con le successive culture diventano patogeni. Non si eleva dunque la cifra dei casi mor-

bosi, perchè aumenta la mortalità, ma questa aumenta, perchè il numero dei casi benigni è fatto assai più considerevole. In ogni modo, per dimostrare col rigore scientifico moderno che la virulenza dei batterii patogeni vada gradatamente diminuendo, malgrado la persistenza dello stesso mezzo di cultura, bisognerebbe dimostrare come questo, in ogni caso, si conservasse immutato.

Dichiarati i caratteri inerenti alla natura stessa delle sostanze infettanti, vediamo perchè esse raggiungono tale alto grado di malignità nelle puerperæ.

Dai malefici effetti prodotti dal veleno puerperale sopra un ferito qualunque, si è potuto rilevare come i batterii della febbre puerperale costituiscano un focolaio d'infezione sempre pronto a diffondersi, purchè trovi le condizioni propizie al suo sviluppo. Esempli di ostetrici, che soccombettero, o si salvarono a grande stento da infiammazioni e suppurazioni gravissime, venute per contatto di quelle sostanze con semplici escoriazioni d'una mano, ve n'ha a dovizie nella scienza.

Ora, se questo accade in un organismo sano e senza nessuna predisposizione, che cosa ha da succedere in una povera puerpera?

Egli è vero che oggi si nega il così detto *status puerperalis*, con l'iperinosi, l'ipo-albuminosi ecc., ma non per questo possonsi rigettare talune condizioni predisponenti affatto speciali.

E per vero, per le infezioni chirurgiche innanzi tutto è dimostrato come gli schizomiceti si sviluppino con incredibile rapidità nei tessuti, i cui poteri nutritivi sono indeboliti. In secondo luogo, Hueter ha fatto rilevare come la frequenza delle infezioni settiche sia assai maggiore nei feriti, che hanno perduta notevole quantità di sangue. In terzo luogo, è noto come le forti contusioni ed i pestamenti mettano in pericolo la vitalità dell'arto leso, per quella spe-

cie di *shock* locale, che si estende al di là del traumatismo. Spesso in seguito tutto l'arto cade in gangrena. In ultimo, quando si opera sopra tessuti infiltrati ed edematosi, spesso sopraggiunge l'infezione settica.

Or bene, tutte coteste condizioni si trovano riunite nella donna di fresco partorita: vi sono dappertutto stasi e vasi largamente dilatati, la *vis a tergo* è insufficiente, in varii punti diversi gradi d'edema, soluzioni di continuo, ferite contuse, trombosi grandi e piccole.

Quali sieno poi i mutamenti istologici, che si succedono nell'utero delle puerpere, fino alla sua completa involuzione, da noi è stato altrove ampiamente dichiarato.

Nella matrice, durante il puerperio, si osservano processi regressivi, la cui base, come è noto, è l'indebolimento dei poteri di nutrizione; onde è chiaro come, dato il caso che in essa arrivino gli schizomiceti, vi si svilupperanno e moltiplicheranno con rapidità affatto speciale. Ed è tale e tanta siffatta rapidità, che, mentre nel sangue esaminato prima della morte non si trovano batterii, tutti i vasi e tutti i tessuti ne sono invasi poche ore dopo di essa.

L'invasione dei batterii induce l'edema e il rammolimento delle pareti uterine, fino al punto da rendere permanenti le impressioni degl'intestini. Questi con la vescica restano paralizzati. In tali liquidi si aumentano straordinariamente i batterii, elaborano il loro veleno solubile, la sepsina, onde l'avvelenamento dell'organismo.

È probabile entrino pure in giuoco azioni nervose. I morsi uterini aumentati, ritenuti altra volta come segno di metrite, oggi si spiegano come la reazione dell'utero all'invasione dei batterii. Ma la lotta non è lunga, questi vincono, l'utero è paralizzato, e quindi necessariamente si accumulano quei lochii, che non possono esser cacciati fuori.

Ecco dunque in qual modo possono svolgersi processi svariatiissimi, sia nell'utero che nei tessuti circostanti. I lochii possono non esser fetidi, il peritoneo e il connettivo peri-uterino può non essere infiammato, eppure l'infezione esiste. Ora, dice il Fritsch, una tale infezione è pericolosa:

- 1.° Perchè il batterio è patogeno;
- 2.° Perchè i tessuti sono bene adatti al suo sviluppo.

A questa forma di febbre puerperale si davano altra volta i nomi di avvelenamento settico, setticemia senza localizzazione, setticemia perperacuta ed in verità non si trovava traccia d'infiltramento circoscritto. Non solo l'utero, ma anche il connettivo sottoperitoneale partecipa all'infiltrazione. L'infiltramento gelatinoso notato dal Virchow si trova dappertutto, agli orli dell'utero, nei parametrii, nel cellulare delle fosse iliache ed anche del promontorio, e lungo i vasi. Si trova in tali punti un essudato dell'aspetto d'un liquido trasparente, o di colore ardesiaco, anche bleu scuro, colorito dovuto alle trasformazioni dell'ematina. L'infiltramento sieroso è nel tempo stesso cagione ed effetto dei batterii: è il loro mezzo nutritivo ed il punto dove elaborano il loro veleno settico. Non si tratta dunque d'avvelenamento settico primitivo, ma d'infezione seguita d'avvelenamento.

Breve, ecco il meccanismo dell'infezione: la mercé del dito, o degli strumenti, gli schizomiceti patogeni arrivano in contatto d'una ferita delle vie genitali sia per le loro proprietà specifiche d'infezione, sia per le condizioni favorevoli al loro sviluppo, ivi s'accrescono rapidamente ed i prodotti della loro attività vitale avvelenano l'organismo così gravemente, da uccidere in breve tempo.

Da ciò dunque, risulta evidente che, se la mano e gli strumenti sono netti, l'infezione è impossibile. È

dunque in noi lo scongiurare la febbre puerperale. La esistenza del caso dichiara altamente come le misure profilattiche adottate non fossero state sufficienti.

Se l'infezione è già in atto, nulla possono contro di essa nè i medicamenti, nè la terapia locale. Le modificazioni patologiche dell'infezione si nascondono nella compage dei tessuti. Si ha voglia di fare irrigazioni, chè quelle non raggiungono che la superficie.

Ma, per contrario, dimostrato come una qualunque lesione avesse dovuto essere la porta di entrata dell'infezione, s'impone da se l'importanza e l'utilità della disinfezione in questo primo periodo.

Infezione non patogena.—Ma vi ha un altro gran numero di malattie del puerperio, le quali pure tengono ad un principio infettivo, ma di natura *non patogena*. Neanche queste possonsi ritenere prodotte spontaneamente.

In questi casi nemmeno può accettarsi l'idea dell'autoinfezione; l'agente morboso viene dallo esterno, come nell'infezione patogena, ma solamente il meccanismo d'azione degli schizomiceti è diverso. Speriamo di rendere con un esempio un concetto chiaro di quello che oggi chiamasi *infezione patogena e non patogena*.

Si è chiamato a fare un'applicazione di forcipe al distretto superiore. La donna non ha febbre. La sutura sagittale è quasi diretta trasversalmente, la piccola fontanella elevata, si è obbligato a degli sforzi, pei quali si producono lacerazioni della vagina e del perineo. L'utero si retrae, ma la perdita di sangue è considerevole. Non si fa la perineorrafia, nè si lavano bene le parti esterne della generazione. I panni sui quali poggia la puerpera non si mutano spesso, e ben presto si sporcano. Niente nei primi due giorni; al terzo, leggiero brivido, elevazione della tem-

peratura e dolori uterini. All'osservazione si trovano i margini della lacerazione perineale gonfi, rossi e dolenti. Dalla vagina fuoriescono lochii brunastri e fetidi. Al quarto giorno, altro brivido ed elevazione termica. Dopo altri due o tre giorni la febbre è caduta, la lacerazione perineale è ricoperta da buone granulazioni. La puerpera si ristabilisce ben presto.

Ma le cose possono ancora andar peggio: il ventre, enormemente timpanitico, diviene sensibile alla pressione. Ricompariscono i morsi uterini; la febbre dura.

Al riscontro, verso il settimo giorno, si ricavano i segni d'una parametrite suppurativa acuta, che si apre spontaneamente dopo altri cinque o sei giorni e la puerpera guarisce.

Altre volte si hanno essudati. I lochii persistono abbondanti e purulenti per settimane, accompagnati dalla febbre. La vagina è sede di lacerazioni profonde, che lasciano in seguito briglie cicatriziali, le quali dal collo si dirigono ai cul-di-sacco vaginali.

Qualche altra volta ancora sopraggiunge una trombosi delle vene crurali, seguita da *flegmasia alba dolens*. Da questa complicità può aversi la piemia.

In qualche altro caso ancora, mentre tutto andava bene, scoppia la febbre, la lingua si dissecca, l'intelligenza s'oscura, v'è coma e lamento. Alla pressione sull'utero vengono fuori materiali fetidi.

La puerpera muore, come nell'infezione patogena, solo che la malattia è cominciata più tardi ed è durata più a lungo.

Egli è noto, le secrezioni che vengono fuori dalla vagina imbrattano subito le parti genitali esterne, ed a cosce ravvicinate, si estendono fino al monte di Venere in alto ed in basso fino all'ano. Su quelle parti sporche esistono naturalmente i batterii della putrefazione. I lochii, come tutti i liquidi albuminosi, in quelle condizioni di calore e di umidità, subiscono ben presto la decomposizione putrida.

Cotesta decomposizione putrida non tarda a diffondersi nella vagina, e da questa a tutti i tessuti morti che ivi trova, lochii ritenuti, detritus placentali, lembi di membrane, grumi ecc.

La mancanza di nettezza e le ferite contuse favoriscono grandemente la decomposizione. Spesso accade che la vulva resti sporca, i pannolini non si mutino spesso ed anco le lenzuola, ed i materassi sieno impregnati del sangue fuoruscito, nel momento del parto; scovrendo un letto di simil genere, l'odorato ci svela i processi che ivi si svolgono.

Ma cotesta decomposizione del sangue nel letto e nella vagina non deve produrre necessariamente la febbre. Se così fosse, qui in Napoli, dove in certe classi d'individui non si conosce che cosa sia la nettezza della persona, la febbre puerperale dovrebbe fare assai più vittime. Ci vuole un certo tempo, perchè incominci la decomposizione, e quando questa si svolge, spesso, per fortuna, la natura ha già provveduto, perchè le porte d'entrata dell'infezione, le vie d'assorbimento, sono già obliterate.

Si comprende poi come l'attitudine a contrarre l'infezione debba essere affatto diversa nelle varie donne, a norma di svariate condizioni. Così nelle multipare si hanno condizioni meno favorevoli che nelle primipare, giacchè in queste così gli sfaldamenti epiteliali e le piccole lacerazioni della vagina, come specialmente del collo dell'utero, sono meno estese e meno profonde. Così del pari quando sulla donna si è praticata qualche operazione, per quanto avesse potuto essere delicata la manovra, sempre si hanno condizioni più favorevoli all'assorbimento, che nel semplice parto naturale ordinario.

Bisogna ricordare che, anche nel parto più felice, sia nel collo dell'utero, e più propriamente in quella parte, che corrisponde all'occipite del feto, sia nella vagina, hanno luogo delle lacerazioni e degli sfalda-

menti epiteliali; ed è per queste vie che ha luogo lo assorbimento, e noi aggiungiamo assai facilmente, data la grande ricchezza di vasi linfatici e le speciali condizioni circolatorie delle parti. I batterii poi trovano le condizioni favorevoli del loro sviluppo in queste soluzioni di continuo della vagina, ed ivi in realtà si moltiplicano.

Che se la decomposizione dei lochii non dà facilmente la febbre, come sembrerebbe dover essere a cagione di tanti dati favorevoli, ciò è dovuto:

In primo luogo, è stato detto, alla chiusura delle vie d'entrata, quando i lochii sono alterati. Più, la pressione intra-addominale e la retrazione uterina espellono ogni materiale nocivo. Novelle sostanze infettanti non si formano e quindi manca il fermento per le successive decomposizioni.

In secondo luogo, oggi è noto come i batterii della putrefazione non sieno di natura patogena; essi si sviluppano lentamente, non sono familiarizzati con l'organismo umano, da poter subito adattarsi ai suoi mezzi nutritivi. Sono organismi detti « *ubiquitarii* » e non batterii specifici.

Si comprende agevolmente come le condizioni di sviluppo di tali schizomiceti sieno assai più favorevoli per quanto più vicino al perineo si trovi la soluzione di continuo.

Tali lesioni non guariscono quasi mai senza provocare febbre, perchè più vicine ai focolai di fermentazione. Si tratta d'una ferita contusa, che, non sottoposta ad una rigorosa medicatura antisettica, s'infiamma e suppara, come in qualunque altra parte.

Ogni ostetrico deve conoscere l'importanza delle lacerazioni perineali. Questa regione, naturalmente sporca, è ricca di organismi della putrefazione. Spesso le materie fecali, espulse durante il travaglio, non ne sono completamente levate. Liquidi secreti durante la gravidanza ivi restano ancora disseccati. Né

condizioni più favorevoli si trovano nella vulva, perchè è quasi assolutamente impossibile disinfettare i margini d'una lacerazione perineale, secondo le norme dell'antisepsi moderna. Ma occupiamoci un poco più a lungo di quest'incidente, tanto frequente ad incontrare.

Le lacerazioni del perineo, o le incisioni liberatrici, ad arte praticate, di cui non s'è fatta la sutura, vengono ben presto infettate dalle secrezioni e dalle materie decomposte della superficie cutanea. Le biancherie, per quanto nette siano, non sono sterilizzate, e tutti sanno quanto spesso esse non siano nemmeno pulite. Le secrezioni che, pure mutando spesso i pannolini, restano sempre in qualche punto e si decompongono, fanno sì che le soluzioni di continuo, infettate da tali contatti, piglino un cattivo aspetto e si trasformino in *ulcere puerperali*. La cute ad esse circostante si fa rosso-fosca, dura, edematosa ed assai sensibile alla pressione. Tali lesioni risiedono d'ordinario nelle parti esterne, onde presentano le condizioni più propizie per lo sviluppo dei microrganismi. Si comprende ora perchè, quanto più in basso risiede una soluzione di continuo, tanto è più pericolosa per la puerpera. Ma v'ha di più, ben presto il processo di decomposizione dalla lacerazione si propaga alla vagina ed alle soluzioni di continuo che quivi trova.

Che se hanno avuto luogo solamente le normali e fisiologiche escoriazioni, in queste le vie d'assorbimento si troveranno chiuse prima dello svolgimento del processo di decomposizione.

Ma se invece ferite contuse e lacerazioni profonde, interessanti tessuti di diversa struttura, ebbero luogo, il pus deve trovare fatalmente difficoltà a venir fuori. Succede allora che l'infiammazione infettiva dalla lacerazione vaginale si diffonde e propaga nel connettivo circostante, e quivi distrugge e mor-

tifica, mentre la lesione della vagina pare avviarsi alla guarigione. Intanto da quella lesione primitiva i batterii passano ed eccitano l'infiammazione del connettivo profondo; da questa viene la stasi ed i disturbi nutritivi, onde le condizioni più favorevoli immaginabili per la cultura e lo sviluppo degli agenti infettivi. Condizioni simiglianti si avverano nelle contusioni, ferite contuse e lacerazioni profonde dei tessuti peri uterini, di cui i margini hanno subito considerevole retrazione.

Ma il caso è più grave ancora quando la vagina od il collo uterino sono lacerati in modo da cadere parzialmente in gangrena. Prima del distacco dei tessuti necrosati, ha luogo in essi un lungo processo di fermentazione, e si ha un bel fare irrigazioni antisettiche, che non si arriverà mai ad impedire che le secrezioni venute in contatto con quelle lesioni non si alterino per i batterii, che pullulano in quei tessuti putrefatti, gangrenati e ritenuti nella profondità delle vie della generazione. I lochii si fanno putridi e la febbre dura più o meno a lungo.

Nè questo è tutto. La decomposizione può guadagnare anche la cavità uterina, dove trova abbastanza materiale di nutrizione. E se l'invasione dei batterii ivi provoca, come al perineo, l'edema infiammatorio, l'utero si gonfia, si rammollisce, non può più espellere il suo contenuto e quindi, dopo la *paresi* la ritenzione e l'accumulo dei lochii. Ma in seguito alla ritenzione, come in ogni altro focolaio suppurativo, s'aumenta la pressione e quindi l'assorbimento, e per ciò la temperatura sempre più si eleva. Son questi i casi, in cui un' iniezione endo-uterina fa cadere rapidamente una febbre, che durava gagliarda già da molto tempo.

In conclusione dunque, dalle condizioni della lesione, dalla sua sede e dalla infruttuosità dipende la ritenzione o lo scolo dei liquidi segregati e quindi i

fatti generali. Ma spesso non può scoprirsi tutto questo, ogni esplorazione è pericolosa per le novelle lesioni che provoca, onde le tante oscurità ed i dubbi, che accompagnano la diagnosi nei singoli casi.

Il criterio direttivo però è, come in chirurgia, sempre quello. Una ferita, i cui prodotti possono essere eliminati, presenterà debole reazione infiammatoria; le contusioni profonde, le soluzioni di continuo considerevoli potranno dare luogo per più o meno lungo tempo a suppurazione e ad eliminazione dei tessuti necrosati; i tessuti circostanti parteciperanno all' infiammazione, la quale potrà diffondersi al connettivo sotto-peritoneale e provocarvi degli ascessi. Se trovansi vene in vicinanza di tali lesioni, può aversi flebite, seguita da fusione purulenta dei trombi. La metrite infine potrà dar luogo alla ritenzione ed alla successiva decomposizione dei lochii.

Ora, dopo tutto quello che abbiamo detto, si domanderà: è possibile nella pratica stabilire una divisione netta tra l'infezione patogena e quella non patogena?

Ebbene, noi rispondiamo francamente che ciò non è possibile. Vi sono tante gradazioni di forma tra la gravissima febbre settica ed una leggiera reazione febbrile, che accompagna la lenta cicatrizzazione d'una lacerazione perineale, che non è possibile dividerle e classificarle isolatamente l'una dall'altra. Bisogna ricordare però, che, sempre e dappertutto, cotesti disordini sono effetto degli organismi inferiori, ed il risultato del loro sviluppo alla superficie e nella profondità degli organi genitali della donna.

Le divisioni fatte ad arte e poggiate sulla forma clinica sarebbero irrazionali e neanche dagli esiti potrebbe cavarsi partito, dacchè infezioni patogene possono essere superate ed altre non patogene possono terminarsi con la perdita della puerpera.

Quello che è speciale di ciascun caso clinico è questo: in una donna il tessuto connettivo è rapidamente

invaso dall'inflammazione progressiva e quasi fulminante: i tessuti affetti non hanno il tempo di reagire all'agente che li uccide. È dalla rapidità del corpo distruttivo che il Virchow aveva denominata questa forma « *erysipelas malignum puerperale internum* ».

In altri casi l'infezione pure patogena dà il tempo ai tessuti di reagire; i linfatici seguitano ancora a funzionare, assorbono i liquidi infiltrati, gli assudati circostanti alla lesione e con essi i batterii che vi si trovano; ben presto però, ripieni e trombosiati da tali sostanze, danno luogo a piccoli ascessi, che si trovano all'autopsia nel parenchima uterino o connettive ciscostante, che spesso si trova infiltrato di pus. Le ovaia allora cadono in gangrena, perchè interrotte le vie nutritive, ed il peritoneo è invaso a sua volta e reagisce con formazione di essudato di diversa natura. Spesso l'inferma muore di setticemia prima che siasi formato il pus.

Perchè questo processo possa svolgersi ci vogliono due fattori, tempo ed energia di reazione, questa forma dunque non uccide rapidamente come l'infezione patogena tipica « setticemia acuta senza localizzazione ». Si ricordi però che il pus in questi casi si forma con tanta rapidità, che gli antichi, per darsene ragione, credevano l'infezione fosse cominciata nel corso della gestazione.

Unterzo gruppo di alterazioni patologiche termina con la peritonite suppurata; i vasi linfatici allora sono bastati a sottrarre l'utero ed il connettivo peri-uterino all'azione dell'agente infettante. I batterii, arrivati nel peritoneo, ne paralizzano i poteri assorbenti (Recklinghausen), quindi ivi se ne raccolgono, come in un liquido di cultura, quantità tanto considerevoli, che l'organismo non se ne può liberare; la morte quindi è inevitabile e non tarda a sopraggiungere.

Oggi, a spiegarsi coteste varietà, si dà ben poca

importanza alla costituzione, come se ne dà alla quantità, non trattandosi d'avvelenamento. Sta nella qualità del veleno la ragione del fatto; e nella scienza batteriologica con l'attenuazione e l'esaltazione del virus si possono ammettere coteste verità.

L'incredibile numero d'infezioni puerperali di origine non patogena appoggia ancora tale modo di vedere. Tutti sanno l'enorme differenza nella mortalità delle puerpere nelle case di maternità e nella clinica privata e più in campagna. Quivi operazioni gravissime, fatte con manovre brutali, senza istrumenti opportuni, non sono seguite da infezione, mentre nelle maternità spesso un parto normale è seguito da febbre; almeno così era prima che fossero adottate le norme antisettiche. Inoltre, in tutte le cliniche si è notato come, a misura che più tempo passava dalla loro apertura, più aumentavano i casi d'infezione. Come si spiegano tali giuste osservazioni?

La spiegazione, dopo quanto si è detto, è assai facile. In campagna e nelle cliniche alla loro apertura, non vi sono organismi patogeni: vi sono i soliti batterii della putrefazione, che si sviluppano lentamente perchè non ancora adattati a nessun mezzo di cultura.

Ma nelle case di maternità, quando non si fa una scrupolosa antisepsi, vi sono i microrganismi, i quali a via di successive culture arrivano al più alto grado di virulenza. Le spore, che stanno nella biancheria d'ospedale, hanno proprietà di attività morbosa assai variabile. Se derivano da puerpere ammalate, raggiungono quasi le proprietà dei batterii patogeni. Venute esse in contatto d'una lacerazione perineale o di una erosione vaginale, vi si fermano, ed infiltrano i tessuti circostanti. In quell'infiltramento, divenuto materiale propizio di coltura, si moltiplicano rapidamente; da non patogene diventano patogene, onde tutte le fasi successive.

Ma anche in fuori delle maternità di tanto in tanto si incontra qualche caso, in cui entrano in campo i batterii patogeni, senza poter scoprire la sorgente dell'infezione. Ebbene, sarà stata fortuita, ma l'introduzione dei batterii patogeni ha dovuto sempre aver luogo.

Nei casi poi d'infezione non patogena, pure l'inferma può soccombere, sia per la grande quantità delle materie ritenute, che per la grande estensione della superficie d'assorbimento. Tali due condizioni si trovano in atto nelle lesioni profonde ed estese. Così, dati due casi, nell'uno dei quali vi sia piccola o superficiale lesione di continuo, e nell'altro estesa e profonda, è naturale che la febbre debba durare nel secondo caso assai più a lungo che nel primo.

Ma ci si domanda: è egli poi vero che anche i casi d'infezione non patogena debbano addebitarsi all'ostetrico ed alla levatrice? Noi lo sappiamo che tale risposta modificherà profondamente la responsabilità della nostra coscienza, ma dobbiamo dirlo: pure le infezioni non patogene, essendo prodotte da batterii, debbono essere messe a carico dell'ostetrico e della levatrice.

Le impurità attaccate alle mani del pratico o del suo strumento, in dato senso, son sempre patogene: chi pratica un'operazione ed un riscontro senza precedente disinfezione dell'istrumento o della mano, rende sempre possibile l'introduzione di batterii pericolosi. Secondo le teoriche moderne sulle infezioni, è questo il modo con cui esse si avverano nelle puerpere. Non si potrebbe infatti ritenere che i batterii liberamente circolanti nel sangue, scegliessero nelle speciali condizioni locali il sito ed i mezzi del loro sviluppo. Tutti oggi ritengono che l'infezione venisse dall'esterno.

Se si producono decomposizioni, che risalendo nel-

le vie genitali accendono una febbre gagliarda, si è avuta certo colpa nel lasciarle sviluppare.

Quando si è dimostrato che gli organi genitali esterni non furono disinfettati prima del parto; che i lochii non son venuti fuori rapidamente; che le biancherie non erano nette e spesso mutate, che nemmeno il letto era nettissimo; di chi la colpa se non dell'ostetrico e della levatrice?

Ancora una volta noi dunque siamo autorizzati a concludere: che pure i batterii non patogeni arrivano d'ordinario nella vagina per colpa di chi assiste al travaglio, sia stata colpa di azione o di omissione.

Art. 2. — ANATOMIA PATOLOGICA

Nel ricordare le lesioni locali indotte dalle molteplici alterazioni del puerperio, non ci intratterremo sulla classica divisione del Virchow di endometrite, metrite, peri e para metrite, con i particolari risguardanti ciascuno di cotesti gruppi.

È fuori dubbio che bisogna fare una classifica, poichè senza metodo è impossibile qualunque chiara esposizione. Ma non è agevole a riuscire per i processi puerperali, giacchè, volendo seguire la sola etiologia, si divaga troppo nel campo della scienza, con assai scarsa utilità pratica; e, volendo farsi guidare dalla sola anatomia patologica, troppo spesso non potrebbe cavarsi nessun vantaggio dal quadro clinico. Questa oggi è l'opinione dei clinici più competenti ed illuminati.

Vi è assai minor differenza, dice Fritsch, tra un'infezione tifosa leggiera ed una grave, che tra una febbre puerperale gravissima e quella tanto leggiera denominata *febbre del latte*. Eppure tra le due forme non vi sono che sole differenze di grado! Sono i punti di passaggio e le relazioni tra le diverse forme, che costituiscono le difficoltà delle divisioni nette e

precise. La natura non ha stabilite divisioni così spiccate.

Pure, dovendo tenere un metodo, noi saremo consentanei nel seguire il Fritsch secondo i principii finora esposti, e voi vedrete come oggi le cose vadano considerate sotto un aspetto affatto nuovo, tenendo di mira nello stesso tempo la sede dell'alterazione, la lesione anatomica che la costituisce e più di tutto la natura del processo che vi si è svolto.

1.° Infezioni patogene. — Da quanto innanzi è stato detto, se ne possono distinguere tre forme:

A) *Patogena senza suppurazione.* — È la forma acutissima senza localizzazione. All'autopsia l'utero è gonfio, rilasciato, rammollito, tanto che fino a poco tempo addietro anche gli anatomisti patologi più esperti, al solo guardarlo, dicevano *metrite*, e credevano aver data la ragione della morte. V'è pure, in questi casi, l'infiltramento gelatinoso del connettivo sotto-peritoneale; v'è la parametrite maligna.

La morte sopraggiunse tra il 2° e il 5° giorno.

B) *Patogena con suppurazione.* — La superficie interna del canale vulvo-uterino è ricoperta da essudato. I linfatici dei margini uterini sono spesso ripieni di pus. In molte vene vi ha trombosi. Incipiente peritonite suppurativa; anse intestinali rosso-brune, raggruppate tra loro dall'essudato. Ovaia e trombe spesso gangrenate. In questa forma la lesione primitiva, cioè la porta d'entrata dell'infezione, può essere obliterata.

C) *Peritonite suppurata.* — L'essudato varia dal sieroso al purulento. Tutto il peritoneo, compreso il diaframmatico, è infiammato, gl'intestini agglutinati. Gli organi della generazione e il connettivo circostante possono trovarsi come nella prima e seconda forma. Durata della malattia da 6 a 14 giorni.

Dalle molteplici autopsie a cui abbiamo assistito così nell'Ospedale Clinico che agl'Incurabili abbia-

mo ricavato tutti i preparati della nostra raccolta pel microscopio ed essi sono sufficienti a rendere evidente il concetto dell'alterazione istologica, che caratterizza le diverse forme in esame. Queste però nell'infezione patogena possono subire modificazioni diverse nella loro evoluzione, a norma:

- a) Del grado di virulenza dei batterii;
- b) Della forza di resistenza della puerpera;
- c) Della cura possibile.

2.° Infezioni non patogene. — Queste sono assai più numerose e grandemente risentono dello stato individuale e della terapia adoperata. Esse dipendono dall'introduzione delle sostanze infettanti sempre attraverso una soluzione di continuo e sono caratterizzate dalla lentezza dello sviluppo, localizzazione iniziale e reazione e delimitazione dai tessuti circostanti. Qualunque punto dunque del canale vulvo-uterino è stato leso ivi sarà limitata, almeno al principio, l'alterazione. Così si vedrà:

A) *Infiammazione della lacerazione perineale* — *Vulvite* — *Edema della vulva*. — O non fatta la perineorrafia in primo tempo, o fattala senza convenevole e scrupolosa disinfezione, il sangue restato in contatto della ferita, subendo la decomposizione putrida ed avendo luogo l'assorbimento, prima della formazione del tessuto di granulazione, s'osserva la febbre. Precede un brivido, che è seguito da febbre e spesso si ripete dopo 3 o 4 giorni con maggiore elevazione di temperatura.

Ma la ferita si deterge od è detersa dall'antisepsi e tutto finisce.

B) *Infiammazione delle lesioni vaginali* — *Colpite* — *Ulcere puerperali*. — La forma più leggiera è l'ulcerazione degli sfaldamenti epiteliali della vagina, che può esser ricoperta da uno strato bruno sporco ed anche presentare le margini dure e tumefatte. La temperatura oscilla da 38° a 41° e così dura

per 5 o 6 giorni quando la lesione è lasciata a se stessa, cade subito con una terapia opportuna.

Ma possonsi incontrare casi assai più gravi: intendiamo parlare delle lacerazioni più o meno estese della vagina. Queste sono pericolose per un doppio riguardo, dall'una parte cioè perchè è logico che le vie d'assorbimento siano più o meno ampie in proporzione della ferita, dall'altra poi per le condizioni speciali della regione lesa. Ed in fatti, quella lacerazione, che nel momento del parto, a vagina dilatata, aveva una estensione di 10 centimetri, ad esempio, dopo non ne misurerà che due o tre. Da questa condizione fisica può derivare estesa suppurazione nel connettivo peri-vaginale e piccola apertura d'uscita della marcia, onde il necessario ristagno, ad onta di tutte le irrigazioni antisettiche che possonsi praticare.

Ora, si comprende come in casi simiglianti anche l'infezione non patogena fosse seguita da morte. Non accade forse lo stesso a seguito di qualunque altra racco'ta purulenta complicata a necrosi dei tessuti, e ristagno dei materiali? Disgraziatamente casi di tal fatta non sono rari ed essi tengono a due cagioni: inesperienza dell'operatore e mancanza di esatto concetto diagnostico.

Noi siamo persuasi come ad ogni operazione ostetrica debba assegnarsi un doppio valore, assoluto e relativo, considerandola cioè per quello che scientificamente deve produrre, e quello che dà in realtà nelle mani di chi la pratica. Chi mai potrà negarci come una semplice applicazione di forcipe possa essere accompagnata da lacerazione dei cul-di-sacco utero-vaginali, fatta da un ignorante; mentre un'embriotomia eseguita a regola d'arte non deve produrre neanche una lacerazione del canale vulvo-uterino? Perchè l'uncino-acuto tanto temuto dagli ostetrici dà risultati così splendidi nelle mani del Chiara? Per-

chè qui in Napoli la sinfisiotomia si pratica con sì felice successo quando altrove la si tiene come operazione altamente grave e pericolosa?

Nè di minore importanza è l'esattezza del concetto diagnostico. Abbiamo veduto con ripugnanza e raccapriccio come sulla stessa donna con vizio di bacino e presentazione di spalla si tentasse prima l'applicazione del forcipe (?), indi il rivolgimento, poi la cefalotriessia, indi la perforazione del cranio ed in ultimo si espletasse il parto con l'uncino acuto! Di quale operazione a questo modo si può vagliare la gravezza? Quel ch'è peggio, è che casi di simil genere oggi, che ogni pratico presso noi si crede in dritto di far l'ostetrico senza le cognizioni indispensabili, non si ripetono troppo di rado.

Eppure, abbiamo veduto molte volte manovre così brutali esser seguite da esito felice. Chi sarà dunque quegli che vorrà negare anche in casi somiglianti meritar sempre l'infezione la parte principale e come la resistenza dell'organismo e la maggiore o minore importanza delle lesioni vengano dopo?

C) *Endometrite e metrite.* — Le lesioni del collo uterino nel travaglio sono di tanta frequenza, che è assai discutibile se in qualche caso non si avverino. Esse d'ordinario passano inosservate perchè guariscono di prima intenzione. Ma altre volte la lesione guarisce per seconda intenzione, onde, per la necessaria suppurazione, quel leggiero aumento della temperatura, dovuto al poco riassorbimento, che va comunemente denominato: *febbre del latte*.

Non è tanto raro però, specialmente nelle maternità dove non si trovano batterii tanto innocenti come gli *ubiquitarii*, che dal collo l'alterazione si diffonde all'endometrio, sia perchè le secrezioni purulente passano dalla cavità cervicale nell'uterina, in un mutamento di posizione della donna; sia pel rilasciamento o per la flessione del collo, che può favorire

il ristagno dei lochii. Dall'esame diretto può rilevarsi la vera ragione del fatto nel caso speciale, ma certo la metrite può pigliare inizio da coteste svariate cagioni.

Dal collo dunque, ossia da una lesione che può quasi considerarsi come vaginale, l'infiammazione può guadagnare il parenchima uterino, a causa della continuità dei tessuti. La matrice allora pel rammollimento e pel rilasciamento delle sue pareti non espelle più i lochii, onde *lochiometria*.

Ora nell'utero, dopo il parto, vi ha sempre sostanze favorevoli allo sviluppo dei microrganismi, le quali decomponendosi e non trovando facile l'uscita, fanno elevare la pressione endo-uterina, e quindi vengono facilmente riassorbite. Il felice risultato dell'irrigazione endo-uterina in casi somiglianti dimostra splendidamente la giustezza degli apprezzamenti fatti. La febbre cade rapidamente con tali pratiche, quando tiene alla cagione in parola, mentre, dipendendo da altre lesioni accidentali, sarà ligata alla parametrite che non tarderà a manifestarsi. Però anche questa febbre sopraggiunta più o meno tardi può apportare la morte.

D) *Parametrite*. — È mestieri ci dilunghiamo alquanto sopra questo capitolo. Le forme più comuni d'infezione non patogena erano dagli antichi denominate: *affezioni traumatiche del puerperio*. Il Fritsch fa bellamente risaltare come esse fossero perfettamente paragonabili alle lesioni chirurgiche di altre sedi.

E di fatti ci si presenta un individuo che mostra di aver ricevuto un colpo sulla testa. Noi pel modo con cui si presentano le margini della ferita, crediamo di poter ottenere la guarigione per prima intenzione. Senza le debite precauzioni antisettiche, si fa la sutura del cuoio capelluto; ma la ferita non aderisce, ha luogo una suppurazione profonda, la quale, per non

essersi levati subito i punti di sutura, produce scollamenti e raccolta più o meno estesi. Orasi comprende come quel pus formatosi non possa venir fuori dalla ferita trovandosene più o meno lontano e forse anche in posizione più declive; onde delle due l'una: o si fa una contro-apertura, o la natura più tardi la farà da sé, ulcerando la pelle da dentro in fuori.

Ed è proprio lo stesso procedimento che ha luogo per tutte quelle alterazioni comprese sotto i nomi di parametrite, cellulite, infiammazione progressiva, suppurazione del connettivo del bacino, flemmone del bacino e dei ligamenti larghi, ascessi del connettivo sotto-sieroso, ascesso pelvico extra-peritoneale. Tutte queste forme riconoscono il loro punto di partenza in una ferita che suppara, e nella quale si sviluppano batterii, che vengono riassorbiti. La moltiplicazione dei batterii induce la suppurazione nel connettivo circostante, onde la formazione di ascessi più o meno lontani dal focolaio primitivo. Ora, per darsi perfetta ragione di tutto questo, bisogna stabilir bene due fatti anatomo-fisiologici:

1.° La disposizione del connettivo dei parametrii.

2.° Il modo di svolgersi di queste lesioni nel puerperio, affatto diverso che nelle altre epoche della vita della donna.

Il connettivo in parola è quello che fa aderire il peritoneo ai tessuti sottostanti. Esso non è circoscritto in modo da potersi dire in un punto affatto isolato da quello circostante; ma così quello che trovasi in sotto del peritoneo pelvico, che del diaframmatico è in perfetta continuazione. Dappertutto si trova lo stesso tessuto, fatto da maglie più o meno lasche, più o meno ricco di vasi ed in maggiore o minore quantità.

Ciò posto, si consideri come il canale cervicale sia talmente assottigliato nel momento del parto, da esserne facilissima la lacerazione, la quale si estende al connettivo dei parametrii, che, come abbiamo det-

to, è in continuazione con tutto il rimanente di sotto il peritoneo. Incomincia a propagarsi l'inflammazione, ma non nelle medesime condizioni da per ogni dove. In fatti, dove il tessuto d'unione è lasco ed abbondante, il gonfiore sarà considerevole e gl'infiltramenti formeranno veri tumori, mentre s'incontrano condizioni affatto opposte dove il peritoneo aderisce intimamente ai tessuti sottoposti. Ora, stante la continuità del tessuto connettivo dal peritoneo pelvico al diaframmatico, ne deriverà che dicendo flemmone del ligamento largo, s'intenderà che ivi l'inflammazione è più manifesta, ma non che il connettivo circostante non sia pure infiltrato, duro e resistente. A cagione poi della maggior laschezza del connettivo, i punti prediletti dall'inflammazione sono: la base del ligamento largo, il connettivo tra l'utero e la vescica e quello delle pliche laterali del cul-di-sacco del Douglas.

Ma anche la natura dell'infiltrament, infiammatorio, nelle sedi in parola, è in rapporto con i caratteri del batterio che la produce. Se questo, è patogeno, virulento, si avrà un'infezione acutissima, che uccide in breve tempo. Se poi esso non è patogeno, si osserveranno, come nelle ferite ordinarie, dei focolai infiammatorii circoscritti. Naturalmente, tra le due forme estreme, possono incontrarsi un numero grandissimo di scalini intermedii.

Ora si noti, che sotto questo aspetto, da qualunque cagione dipenda l'alterazione puerperale, ha sempre luogo l'inflammazione dei parametrii, la quale, nella forma infettiva acutissima, è complicata dall'avvelenamento generale secondario; nelle altre poi si oppone alla diffusione dei batterii con la circoscrizione di focolai infiammatorii, che ostacolano lo sviluppo ulteriore dei microrganismi.

Per i bisogni della pratica, fatta astrazione dall'infiltramento patogeno, che rapidamente uccide (set-

ticemia), bisogna distinguere due forme: la *parametrite acuta* e la *sub-acuta*.

L'infiammazione, comunque prodotta, partita dai lati dell'utero, a misura che aumenta, si diffonde a questa o quella porzione del connettivo sotto-peritoneale, producendo dapprima tumefazioni limitate in questa o in quella parte, le quali sarà facile rilevare col riscontro se occupano lo spazio del Douglas, ovvero si trovano in avanti tra l'utero e la vescica. Più spesso però essa si diffonde alle parti laterali, allo *psoas*, agl'inguini, seguendo il ligamento rotondo.

Che poi le infiammazioni del connettivo del bacino si diffondano nel tempo del puerperio con rapidità affatto speciale e non come nelle altre epoche della vita muliebre, è cosa oggi messa affatto fuori dubbio (1). Così ad esempio, si fa l'operazione di Emmet, senza le debite norme antisettiche; ebbene, si svilupperà una parametrite, la quale si manifesterà con tumefazione distinta, ed arrotondata alla base del ligamento largo, in sopra del cul-di-sacco vaginale. Ma questo tumore è raro che non resti circoscritto, a meno che il batterio che l'ha prodotto non sia di natura assai maligna. Inoltre, altro carattere delle infiammazioni sviluppate fuori del puerperio è che esse assai difficilmente risparmiano le vie di trasmissione, ed il tumore s'accresce, per così dire, per *apposizione*.

È estremamente raro che le vie intermedie servano solo di mezzo di propagazione, senza che restassero esse stesse infette.

Ma siasi o no sviluppata l'infiammazione dei *parametrii* nel tempo del puerperio, una prima tappa del

(1) Le scoperte fatte recentemente dal Prof. Schrön sulla biologia del batterio del colera ed il poterne seguire tutte le fasi di sviluppo sotto il microscopio, può far comprendere la gravezza della rapidità di sviluppo dei processi sostenuti da un batterio patogeno.

processo sta nell'ingorgo del connettivo, che trovasi ai lati dell'utero, ciò che chiamasi flemmone dal ligamento largo. Da questo punto, nelle puerpere, a cagione delle speciali modificazioni del connettivo, secondo il Fritsch, l'inflammazione si diffonde in avanti, tra l'utero e la vescica: parametrite anteriore, la quale è quasi sempre suppurativa. Questa forma è abbastanza chiara dal lato clinico: incomincia presto, tra il 2° e 3° giorno; la febbre è alta e continua, vi è abbattimento generale e poca sensibilità locale spontanea ed alla pressione, meno un poco al principio. D'ordinario si bada poco alla lesione locale, pensandosi piuttosto ad una forma di setticemia acuta, quando dal 10° al 14° giorno un ascesso si apre spontaneamente nella vagina o nella vescica e tutto quel quadro allarmante svanisce.

In questi casi di *ascessi flemmonosi del bacino* il batterio non è affatto sprovveduto di malignità. Così come certe ferite danno luogo rapidamente ad infiltrazioni purulente, quando per esse sono entrati dei batterii, in guisa che da una semplice escoriazione d'un dito può aversi suppurazione delle glandole ascellari, del pari succede per la parametrite. La rapida evoluzione del processo nel connettivo del bacino dimostra in esso l'introduzione e lo sviluppo dei batterii; ma essi non erano di natura maligna, nè patogena, altrimenti avrebbe ucciso in poco tempo. In questi casi però gli effetti sono pure diversi a norma della resistenza individuale.

Da molto tempo poi è stato rilevato come gli ascessi parametritici, o come altra volta si diceva, extra peritoneali, scelgano per aprirsi de' punti determinati; il sito più comune è in sopra del ligamento di Poupert. terzo interno. Ma l'inflammazione può diffondersi al muscolo psoas-iliaco e l'apertura allora può formarsi in corrispondenza della spina iliaca anteriore-superiore. Qualche volta ancora l'apertura si tro-

va in sotto del ligamento di Poupert, più indentro o più in fuori, massime nelle forme sub-acute, nelle quali l'infiltramento si è fatto strada lungo la guaina dei muscoli, dei nervi, o dei vasi. Quando l'apertura dell' ascesso si fa nella vagina o nell'utero, voi difficilmente arriverete a vederla e potrete solamente giudicarlo dalla fuoruscita del pus e dal successivo e rapido miglioramento generale.

Stante che la parametrite acuta è quasi sempre anteriore, così assai di rado l'ascesso si apre nel retto, mentre un tale avvenimento è più facile nella forma sub-acute, come fuori il tempo del puerperio. È raro pure che la marcia si scavi una via attraverso l'incisura sciatica, da formare una raccolta nella natica o nel perineo. Può pure il pus farsi una strada di lato al muscolo quadrato dei lombi.

L'apertura dell'ascesso nel cavo peritoneale è assai difficile ad aver luogo pel grande ispessimento della sierosa intorno al focolaio purulento. L'alterazione del pus però può accadere, senza cagione nota, come in tutte le altre raccolte poste in vicinanza dell'intestino.

In conclusionè, si terranno presenti le seguenti forme:

A. Parametrite puerperale patogena (progressiva, maligna).

B. Parametrite acuta:

a) Caratterizzata dall'infiltramento del connettivo peri-uterino, che può terminare per riassorbimento;

b) Che può terminare rapidamente con formazione d'ascesso situato, d'ordinario, nel connettivo utero-vescicale.

c) La parametrite sub acuta con ascessi migratori, che possono aprirsi dopo molti mesi ed in sedi svariate.

E) *Peritonite*. — È sì frequente poi nelle alterazioni

puerperali la morte con sintomi di peritonite, che Baudelocque non metteva nessuna differenza tra i due processi. E fino a pochi anni or sono, dalle diverse forme d'infiammazione del peritoneo si distinguevano ed assegnava punto di partenza alle varie forme di febbre puerperale; onde si parlava di *peritonite venosa o linfatica*, di *peritonite senza piemia* e di *piemia senza peritonite*, espressioni che con linguaggio moderno corrispondono a: peritonite infettiva o settica, ossia senza localizzazione primitiva nel peritoneo ed espressione di un processo generale, e peritonite traumatica o per continuità, ossia prodotta da un processo, che solo in secondo tempo può divenire generale.

Il peritoneo, come splendidamente è stato dimostrato dal nostro egregio amico prof. Maffucci, ha il significato anatomico e funzionale d'una glandola linfatica. Esso però, per le sue condizioni speciali, deve dar luogo a manifestazioni speciali; così, ad esempio, sotto lo stimolo d'un processo irritativo darà la suppurazione alla superficie e non un ascesso, come un ganglio linfatico.

È noto poi come, dal lato fisiologico, dal Recklinghausen in poi, s'era ritenuta la cavità peritoneale come un vasto seno linfatico, nel quale in condizioni normali hanno luogo dei fenomeni di secrezione e di assorbimento. Inoltre la quantità del liquido contenuto nella cavità peritoneale oscilla così nello stato normale, come nel patologico.

Così certe condizioni danno luogo ad una secrezione peritoneale più abbondante, come ad esempio la stasi venosa, l'iperemia, il contatto coll'aria esterna, un'eruzione tubercolare ecc.

Ciò premesso, ecco in qual modo procedono le cose. Arrivati dopo il parto gli organismi infettivi nella cavità peritoneale, essi, come il contatto dell'aria ad es. disturberanno innanzi tutto le funzioni del peri-

toneo e quindi del suo endotelio. Da cotesto disturbo deriverà la formazione d'unacerta quantità di liquidi nutritivi per gli schizomiceti patogeni, i quali producendo quivi, come nelle altre parti, la necrosi dei tessuti, si creeranno a questo modo una quantità sempre crescente di materiali nutritivi. Le lesioni dell'endotelio intanto aumentano, sopraggiunge la paralisi funzionale della sierosa, onde dilatazione dei capillari e fuoruscita di globuli rossi, i quali, tanto saranno più abbondanti per quanto il veleno batterico è più attivo, mentre, quando il decorso dell'affezione è più lenta, sono i leucociti che abbondano. Così nella peritonite settica tutto il peritone è invaso, l'essudato è fluido, scuro; la muscolare ed i vasi dell'intestino sono paralizzati, vi ha stasi ed ingorgo. Nella peritonite suppurativa il peritoneo può essere interessato in punti limitati, dove si trova un essudato fibrinoso o purulento; in qualche altro punto vi sono aderenze ed avviamento alla guarigione ed anche incistamento della marcia.

Pongasi mente come l'endotelio del peritoneo rappresenti, dal lato funzionale, l'importanza dell'endotelio dei vasi; mentre questo è sano, non ha luogo trombosi, come si avvera ordinariamente quando esso è alterato. Così del pari non si avverano aderenze nel cavo peritoneale, fino a che l'endotelio è conservato.

Dall'estensione poi della superficie peritoneale, dalla rapida moltiplicazione dei germi infettivi che v'arrivano, nonché dalle innumerevoli vie di assorbimento, si comprende subito la rapida e grave influenza sullo stato generale dell'infiammazione di tale sierosa. Ma si domanderà in qual modo arrivano gli schizomiceti nella cavità peritoneale? Ebbene, noi francamente diciamo che fino al momento ciò non è stato ancora scientificamente dimostrato, onde si mettono innanzi le seguenti ipotesi. Possono,

innanzi tutto, i microbii seguire una via diretta: per esempio, l'utero è compreso contro il promontorio, durante il parto, l'effetto della compressione è la necrosi del tessuto, onde alla caduta dell'escara, comunicazione tra la cavità uterina e la peritoneale. Ovvero può precedere una metrite settica; allora l'utero è rammollito e le sue maglie sono crivellate da cocchi. Di qua si comprende subito la perimetrite infettiva e successiva diffusione al rimanente peritoneo.

Qualche altro autore ha fatto pure rilevare essere possibile che nelle trombe precedentemente dilatate arrivi dalla cavità uterina un certo numero di batterii, i quali, trovando ivi adatti mezzi nutritivi, si moltiplichino ed indi si versino nel peritoneo.

Il Buhl considerava la peritonite quale manifestazione secondaria dell'infezione generale, come le sinoviti purulente nella piemia. È possibile pure che gli sforzi del travaglio e le modificazioni circolatorie che si traducono nel puerperio con una iperemia del peritoneo, seguita da maggiore transudamento sieroso, costituiscano del peritoneo pelvico un *locus minoris resistentiae*, un punto di predilezione per la vegetazione dei batterii.

Ora, come la parametrite, così pure la peritonite può prendere diverse forme; abbiamo già accennata la settica e la suppurativa. Quest'ultima con la formazione di aderenze, la delimitazione del focolaio, l'addensamento ed il disseccamento della marcia mostra la tendenza alla guarigione. Dispiacevolmente però l'esito fausto non mai si raggiunge, sia per l'estensione della superficie interessata, che per l'abbondanza dei prodotti di suppurazione e le innumerevoli vie di assorbimento.

Non per tanto in qualche caso straordinariamente fortunato qualche organismo dotato di eccezionale robustezza vince nella lotta ed allora il meteorismo

cessa, la marcia si dissecca, la muscolare dell'intestino ricupera il suo tono, la febbre rimette prima ed indi cessa. Perchè questo avvenga però ci vogliono tre condizioni: che il batterio non sia stato tanto virulento, altrimenti invece della peritonite suppurativa avrebbe determinata la settica; che l'individuo presenti resistenza organica eccezionale; che l'estensione dell'infiammazione ed i suoi prodotti siano stati relativamente poco considerevoli.

Si osservano in tali casi quegli ascessi incistati *intraperitoneali*, i quali possono aprirsi in punti diversissimi, più spesso in vicinanza dell'ombelico e che presentano grandi difficoltà a guarire sia per la speciale disposizione e mancanza di retrazione delle pareti, che per l'anfruttuosità dei seni e ristagno della marcia. Qualche volta tali cavità purulente, previe aderenze, danno luogo pure a fistole intestinali.

Se la peritonite non si generalizza fin dal principio, può non raccogliersi essudato nel peritoneo; la sierosa partecipa allora solo ad un'infiammazione di vicinanza, come ad esempio, nella metrite quella porzione che riveste la matrice.

E così del pari nella parametrite il foglietto peritoneale, che ricopre l'essudato, è più sensibile, ma non per molto tempo.

Ma assieme alla metrite però può avverarsi una infiammazione più violenta del peritoneo, ed allora tutta la regione inferiore dell'addome è dolente alla pressione, e se l'infezione è patogena, l'infiammazione s'estende, la febbre s'eleva, la peritonite diviene generale. Che se poi l'infiammazione è meno intensa, si stabiliscono aderenze tra i foglietti peritoneali addossati, le quali aderenze possono dare la perfetta ragione della consecutiva sterilità.

Noi insistiamo ancora nel ripetere come le cliniche osservazioni inducano sempre ad assegnare al

modo d'infezione la parte più importante. Spesso nella pratica privata, a seguito di parto laborioso, o di qualche operazione praticata, e sia ad esempio una delle più comuni, lo scollamento artificiale della placenta, la puerpera nei giorni successivi si lamenta di dolore ad uno dei lati dell'utero, o ad entrambi, che si estende agl'inguini, spesso con reazione febbrile.

Dopo pochi giorni però tutto finisce ed il puerperio piglia il corso normale. Per contrario, nei casi di grave infezione, quel dolore ben presto si estende e la peritonite purulenta generalizzata non tarda a sopraggiungere.

Oltre poi a quelle discusse, dai pratici si ammette pure l'esistenza di un'altra specie di peritonite, la così detta *traumatica*, ossia senza infezione, cagionata, come la parola stessa esprime, da lacerazioni uterine per travaglio lungo e stentato, o per qualche operazione; manifestata dall'ordinario quadro clinico della peritonite e che in brevissimo tempo risolve, non dando luogo ad altra lesione anatomica in fuori di qualche aderenza.

Dalle cose esposte si possono dunque ritenere le seguenti forme di peritonite.

1.° *Peritonite generalizzata.*

A) Patogena perperacuta, con essudato emorragico. Morte dal terzo al sesto giorno;

B) Patogena pure acuta, con essudato purulento. Morte dal quinto al quattordicesimo giorno, od anche più tardi; talvolta guarigione con formazione di ascesso encistico.

Questi ascessi si aprono spesso all'esterno. Lesioni di lunga durata.

2.° *Peritonite parziale.*

A) Pelvi-peritonite da contiguità, dipendente da metrite e parametrite.

B) Peritonite puramente traumatica, senza febbre, con formazione d'aderenze.

Piemia.—La piemia, dice Fritsch, occupa un posto speciale tra le affezioni del puerperio. Si sarebbe quasi indotti a ritenerla prodotta da un batterio speciale, giacchè Koch, sperimentando sulle cavie, con un batterio provocava la setticemia e con un altro la piemia. Ma tale distinzione non è ancora netta, nè costante, nè poi è rafforzata dalla clinica osservazione.

La piemia (trombosi, fusione purulenta dei trombi e metastasi), presenta un numero grandissimo di gradi d'intensità, come le infezioni non patogene. Per taluni ostetrici, la trombosi, la febbre preceduta dal brivido, le metastasi ecc. sono sinonimi di piemia e di morte; ma vi sono altri clinici più prudenti, i quali, per un esatto giudizio, guardano più alle manifestazioni metastatiche ed al termine della malattia, che alla sua genesi.

Speriamo con un esempio dare un concetto chiaro intorno alla genesi della piemia. Immaginate che una puerpera sia sopraffatta da emorragia secondaria; ebbene, la perdita si può arrestare in due modi: 1.º L'utero si contrae fortemente, le vene restano vuote, le loro pareti accollate. 2.º Ovvero l'utero resta molle e quando voi l'eccitate a contrarsi, vengono fuori dei piccoli grumi neri e dopo del sangue scuro e fluido; mancano affatto i morsi uterini.

Ora, in questo secondo caso in cui manca la retrazione, i grumi si approfondano nel parenchima uterino e non ne vengono eliminati che solo parzialmente; si può esser certi che le vene efferenti non si vuoteranno come nel primo caso. Ecco quindi una trombosi, che incomincia dal tessuto della matrice e si estende più o meno lontano nelle vicinanze.

Ma si consideri come quel sangue che rimane nel tessuto delle pareti uterine resti fluido per un certo

tempo, a cagione del contatto con l'endotelio vasale, onde, anche con debole potenza di retrazione della matrice, esso può venire poco per volta eliminato. Il vuotamento però delle vene dei parametrij e specialmente del plesso pampiniforme sarà assai più difficile; eppure il peritoneo nella sua retrazione comprime in certo modo quelle vene, favorendone il vuotamento e certo, dice Fritsch, anche le fibre muscolari lisce, che inviluppano i vasi dei parametrij e che stanno in continuita con le fibre uterine e si contraggono nello stesso tempo, concorrono al medesimo effetto.

Ciò non per tanto, nelle vene del tessuto peri-uterino manca la vis a tergo, i vasi sono dilatati, il sangue ristagna; debbono facilmente prodursi i trombi marantici. Eppure, dopo il parto fisiologico non si formano trombosi e tutto ritorna normale dopo un tempo più o meno lungo.

Si immagini ora che abbia luogo infiammazione nell'utero, o nel tessuto peri-uterino, ed ecco formato un circolo vizioso. L'involuzione è disturbata, l'utero resta più grosso, vi arriva maggior quantità di sangue e quindi più ne circola nelle vene, più è facile la formazione dei trombi. L'infiammazione poi dal connettivo si diffonde ai vasi, onde alterazione dell'endotelio e formazione dei trombi. Il trombo può essere localizzato od estendersi, ad esempio, alla vena iliaca esterna, onde *flegmasia alba dolens*. In questo caso la circolazione dell'arto pelvico è solo mantenuta dalle vene cutanee, onde stasi ed edema.

È possibile pure il distacco del trombo, onde ad esempio embolia dell'arteria polmonale e morte istantanea.

In questi casi v'è sempre febbre più o meno alta, la quale dinota l'infiammazione che produce la trombosi. In certi casi il pericolo finisce con la formazione del trombo; in altri incomincia con la sua fusione

e successiva metastasi. Senza dubbio si osserverà quest'ultimo esito quando l'inflammazione primitiva è stata di natura infettiva.

È possibile che passi parecchio tempo, uno o due settimane, innanzi della manifestazione della piemia; tempo necessario allo svolgimento dei processi anatomici innanzi cennati. È possibile pure, anzi spesso accade, che il punto di partenza di tanti disturbi sia così piccolo da sfuggire ad ogni osservazione locale; come d'altra parte le alterazioni che si succedono possono essere così poco gravi, da guarire in un tempo più o meno lungo. Si ritiene però che la pleuro-polmonite delle puerpere è quasi sempre metastatica.

Il focolaio primitivo può riassorbirsi ed allora si ha la completa guarigione; ma esso può restare pure incistato e per condizioni speciali versare di tanto in tanto i suoi prodotti nel torrente circolatorio, onde, a periodi più o meno lunghi, brivido di freddo e febbre, che più di una volta si è creduta malarica.

Ma oltre al modo cennato, la piemia può tenere diverse altre vie di sviluppo. Così, come la decomposizione putrida d'un moncone d'amputazione, un'ulcera gangrenosa dell'intestino, un ascesso dell'osso ecc. esercitano un'azione patogena sulle vene vicine, le lacerazioni uterine profonde, specialmente del collo, la placenta previa, le emorragie secondarie, l'endometrite putrida, ecc. possono provocare la fusione purulenta dei trombi delle pareti uterine ed indi delle vene circostanti.

Spesso però s'incontra nella pratica una lesione più benigna, cioè la decomposizione putrida dei grumi aderenti al punto di distacco della placenta. Si vede in questi casi verso l'ottavo o decimo giorno del puerperio, od anche più tardi, una discreta febbre accompagnata da emorragia. Ma in tale congiuntura la segala cornuta e l'irrigazione endo-uterina arresteranno in breve tempo il processo.

Per determinarsi dunque la piemia debbono concorrere svariati fattori: 1.° Un' infiammazione infettiva; 2.° L'estensione di questa alle vene; 3.° La formazione del trombo; 4.° Il suo rammollimento infettivo, con le solite embolie metastatiche ed infiammazione purulenta delle sierose. La malattia però può arrestarsi in ciascuno di cotesti periodi. Che se poi ci si domandi perchè in tal caso la piemia s'arresti, anche quando hanno avuto luogo metastasi, mentre in altro poi essa rapidamente uccide; non possiamo dire altro se non che prima si cercavano diverse cagioni, ma oggi tutto si fa dipendere dalla maggiore o minore virulenza dei microrganismi infettanti.

F) *Endocardite*. — L'endocardite puerperale, ulcerosa, o maligna, ha richiamato di tutti i tempi l'attenzione degli ostetrici. Innanzi di conoscerne la natura parassitaria, la si attribuiva ad uno speciale principio flogogeno contenuto nel sangue, il quale determinava l'infiammazione delle valvole cardiache, che, a loro dire, si trovavano predisposte per la relativa insufficienza nel corso della gravidanza. La conoscenza delle modificazioni verificatesi nel cuore e non nelle valvole nell'epoca della gestazione, e la maggiore frequenza dell'endocardite in donne già colpite da alterazione cardiaca, apparentemente giustificavano un tal modo di vedere. Ma dopo che l'anatomia patologica ebbe dimostrato l'esistenza di piccole ulcere nell'endocardio e nelle valvole, nelle morti per febbre puerperale, e la loro maggiore frequenza ed estensione, quando v'era gran numero di embolie parassitarie nei reni e nel muscolo cardiaco, venne aperto agli studiosi un altro campo vastissimo e nuovo d'investigazioni.

Oggi dunque tali fatti vanno diversamente interpretati. Innanzi tutto bisogna ricordare una cosa già nota, che cioè il sangue in circolazione sia il nemico capitale dei batterii. E, di fatti, non mai, durante la

vita si trovarono schizomiceti nel sangue, anche in caso d'infezione settica gravissima, e quando venne scoperto gran numero di cocchi in quasi tutti i capillari, dopo la morte. Gli schizomiceti arrivano nel sangue, ma ivi sono ben presto distrutti ed eliminati per i reni, nelle cui arterie in casi d'infezione puerperale, si trovano all'autopsia embolie estese e numerose.

L'influenza poi spiegata dal sangue sui batterii si comprende agevolmente, dal perchè questi non si sviluppano nei liquidi nutritivi che si agitano fortemente, ma in quelli che presentano condizioni opposte, ed essi si stabiliscono più facilmente in colonie negli organi a circolazione lenta, esempio il fegato. Di modo che la sola presenza dei batterii nel sangue non spiegherebbe la genesi dell'endocardite.

D'altra parte poi è conosciuto come gli schizomiceti si depositano dove l'endotelio vasale è alterato. I leucociti ancora quivi si fissano come nei trombi bianchi (Zahn) mentre che dentro ed intorno ad essi si raccolgono i batterii.

Quest'ultima conoscenza dà la vera ragione della maggior frequenza dell'endocardite puerperale maligna, nelle donne già per lo innanzi colpite da malattia cardiaca.

Ed in ultimo è a notare come, trovandosi all'osservazione microscopica nel parenchima cardiaco la miocardite parassitaria, diviene possibile il ritenere ancora che quell'accumulo di microbii possa riuscire deletereo all'endotelio cardiaco.

Ora, premesse tutte coteste proposizioni, ecco in qual modo può intendersi la genesi dell'endocardite puerperale. Si formano nell'utero o nel connettivo parametrico uno o più trombi; (così si spiegherebbe pure la maggior frequenza nei casi d'emorragia *post partum* e casi di placenta previa). Questi trombi subiscono il rammollimento infettivo, e spesso pure un

ascesso s'apre in una grossa vena. Le parti liquide entrano in circolazione, vi è icoremia (Virchow). Il sangue allora è avvelenato, carico di microbii, gli endotelii perdono la loro integrità, si depositano in vari punti innumerevoli colonie di batterii.

L'endocardite, dunque, così prodotta, è alterazione secondaria, preceduta dalla trombosi, rammollimento infettivo del trombo, entrata nel sangue dei microrganismi e loro prodotti d'elaborazione, alterazioni precedenti dell'endotelio e valvole cardiache ecc. A succedersi tali svariati processi si impiegano d'ordinario da 10 a 15 giorni. La morte chiude inesorabilmente tale triste scena, perchè i batterii si sviluppino direttamente nel sistema vascolare.

Art. 3. — SINTOMATOLOGIA E DIAGNOSI

Tutte le malattie acute incominciano presso a poco allo stesso modo, sono sempre i medesimi sintomi più o meno allarmanti che si presentano e, quando non ancora si sono costituite le localizzazioni, o quando non ancora le abbiamo scoperte, la diagnosi coscienziosa ed esatta da nessuno può venire stabilita.

In Ostetricia però le difficoltà sono assai maggiori che in Medicina ed insite alla natura stessa della cosa. Innanzi tutto non v'ha molto tempo a riflettere e discutere; i processi morbosi si svolgono d'ordinario con grande rapidità. Poi diremmo quasi che ogni donna non solo ha un modo di reagire affatto speciale al suo organismo, ma un modo proprio di apprezzare i fatti dei suoi genitali, esagerandoli talvolta o non curando disturbi gravissimi. Incontrerete poi tanti pregiudizii di famiglia scrupolosamente tramandati da madre a figlia con la parte attiva presa dalle relative comari. D'ordinario ancora l'ostetrico è ricevuto con diffidenza, quasi usurpasse un

drutto riservato solo alle levatrici; insomma è un assieme di circostanze, che in taluni casi ci creano delle posizioni veramente imbarazzanti.

Quasi poi tutto ciò non bastasse, mentre la scienza dice che non sempre si può, in dato periodo, distinguere un'infezione patogena da quella non patogena, ogni famiglia, ad una prima osservazione, e spesso ancora prima che avessimo esaminata l'inferma, vuole sapere per forza da noi quale sarà la sorte della puerpera.

Ebbene, si tengano come guida i tre criterii seguenti stabiliti con grande competenza clinica dal *Fritsch*, e da noi costantemente seguiti e con pieno successo nel nostro esercizio clinico.

- 1° In qual momento si sviluppa l'infezione;
- 2° Quale è lo stato generale della puerpera;
- 3° Come si mantiene il polso e la temperatura.

1° Che il tempo nel quale si sviluppa l'alterazione debba essere un primo ed importante criterio diagnostico, può agevolmente comprendersi da quanto è stato di sopra dichiarato a proposito del modo di sviluppo delle alterazioni.

Di fatti, ad un veleno potente corrisponderanno subito manifestazioni gravi, ed i microrganismi patogeni arrivati in favorevole terreno nutritivo, si moltiplicheranno rapidamente, sviluppando la loro azione specifica. E che la rapida comparsa dell'affezione sia di cattivo augurio, voi potete rilevarlo dal motto dettato dalla sapienza popolare: che la puerpera sana per due giorni ha salva la vita; sana per cinque non ha più nulla a temere.

Si noti poi che l'infezione patogena può essere già in atto prima che il parto si espleti. Questo è dimostrato chiaramente sia dalla febbre, seguita dalla morte del feto, sua espulsione e successiva perdita della madre, in caso di parto prematuro provocato, in cui ha avuto luogo l'infezione in parola; sia dal

brivido ed alta febbre, che arriva innanzi d'essersi espletato il parto, nel caso di lunghe e penose manovre operatorie nella matrice. Così ad esempio ricordiamo in qualche ospedale di Napoli come donne con vizio di bacino si siano fatte stare fino a *tre e quattro giorni in travaglio*, ripetendo le esplorazioni e mille brusche manovre, senza che si facesse l'operazione *razionalmente indicata*, col dire che la parte non s'impegnava perchè *la dilatazione non era ancora completa*. Le donne prima di partorire avevano già la febbre, l'infezione era in atto e la setticemia acutissima le uccideva sempre, come nei casi innanzi cennati.

2° Il modo come ci si presenta l'ammalata, le sue condizioni generali, l'assieme insomma del quadro clinico, formano altro criterio preziosissimo a tenere presente. L'idea del travaglio del parto, massime se per la prima volta, basta da sola a turbare il morale della donna e l'averlo superato la rassicura, come di pericolo grave ed imminente oramai scampato. Ma se vi ha infezione, la povera puerpera vi si presenterà, mal suo grado, assai diversamente. E noi dal suo aspetto possiamo rilevare due cose: l'intensità dell'infezione; la forza di reazione dell'organismo. Abbiamo detto l'intensità dell'infezione ma avremmo dovuto dire anche meglio la qualità dell'infezione, giacchè quando questa è di natura patogena, già, dopo 6 a 10 ore, un organismo robustissimo può essere ridotto in fin di vita.

Richiamiamo poi ancora una volta la vostra attenzione sullo studio delle condizioni generali dell'inferma in rapporto o no con alterazioni locali costituite, giacchè, oltre alle difficoltà inerenti alla natura stessa delle affezioni in parola, se ne incontrano altre ancora nella pratica.

Le nostre levatrici, in massima parte ignoranti e presuntuose, chiamano l'ostetrico solo in casi estre-

mi, giacche credono menomare la loro importanza presso le famiglie, e, non sapendo o non volendo apprezzare bene i fatti, vi sostengono a viso duro essere di fresco incominciato un processo puerperale, il quale forse già decorre da tre o quattro giorni.

Il sopore settico, il sensorio velato, la prostrazione delle forze, il carattere tifico dell'affezione depongono per un'infezione patogena.

Quel sopore, già è noto dalla clinica chirurgica, è un triste esponente dell'avvelenamento settico del sangue. Egli è vero che vi sono individui straordinariamente, per natura, indifferenti ad ogni cosa. Ma se trovate i segni della peritonite, e qualche volta pure con essudato, e voi potete palpare e premere l'addome, senza che la donna si lamenti, potete pure lasciare qualunque speranza.

Nè è a credere che anche in caso d'infezione grave il desiderio della vita in una giovane madre e l'emozione per l'arrivo del medico possano infonderle tanta energia da tenerla desta e tirarci in inganno sulla gravità della diagnosi; esaminando attentamente, rivolgendo delle domande alla puerpera, prolungando un poco la nostra visita e non si tarderà a vederla ricadere nell'abbattimento e nel coma.

3° Noi giovani siamo stati educati ad assegnare ai caratteri del polso nelle malattie assai minore importanza dei vecchi medici, dandone più alla temperatura, come se solamente la febbre dovesse dedursi dall'esame del polso. Nelle infezioni puerperali, come nelle acute chirurgiche, sarebbe errore privarsi d'un tanto importante mezzo diagnostico, al quale tra i moderni il Barker ed il Fritsch accordano non poca importanza.

Il polso setticemico è piccolo, filiforme, frequentissimo, evanescente. Quando tali caratteri si riscontrano fin dal principio del puerperio, senza anemia acuta per eccessiva perdita e temperatura elevata,

si ascolti il cuore, chè certo vi si troverà qualche vizio organico. Nelle infezioni gravissime in fin di vita il polso diviene *addominale*, irregolare, impossibile ad enumerare. Questi caratteri del polso, con l'abbassamento della temperatura, ci dinotano un vicino collasso.

Ed anche il modo di respirare dell'inferma deve servire quale criterio diagnostico; la respirazione è d'ordinario più o meno frequente e superficiale in rapporto con la temperatura e la circolazione polmonare, ma nelle infezioni gravi essa diventa eccessivamente frequente e superficiale, non pure in rapporto alle cennate cagioni, quanto alla sete d'ossigeno dei globuli rossi per le modificazioni subite dai batterii patogeni.

Ora, per riuscire più chiaro, studieremo di assegnare, in un modo generico, il giusto valore a ciascuno dei sintomi che bisogna esaminare.

Brivido di freddo. — Il brivido di freddo suole avvertirsi, ma esso non è caratteristico, nè deve per forza aprire la scena della setticemia. Quando però esso si ripete ad intervalli non lunghi e parecchie volte nel corso del giorno, è un brutto segno.

Temperatura. — Nelle alterazioni in parola la temperatura nelle prime 24 ore costantemente si eleva fino a 40° e 41°; in genere più rapida e considerevole è stata l'elevazione della temperatura e più grave è il caso. Essa si mantiene elevata per alquanti giorni con remissioni mattutine, le quali, quando raggiungono 2 o 3 gradi, sono di buon augurio. Certe volte per 5 a 6 ore del giorno la temperatura si mantiene altissima ed indi scende quasi al normale; anche in tal caso vi è molto a sperare. Nella piemia ed endocardite ulcerosa la temperatura arriva a 41°, 5, 42° e più, e tutti sanno che questo accade per l'arrivo diretto dei batterii e loro prodotti tossici nel torrente circolatorio.

Peritoneo.—L'infezione patogena è quasi sempre accompagnata da un principio di peritonite cioè: sensibilità dolorosa e meteorismo. Ciò non pertanto, in casi gravissimi, il ventre può restare molle e cedevole, ma anche allora il peritoneo che ricopre il connettivo infiltrato è, almeno al principio, dolente alla pressione. Questa sensibilità partecipa al carattere invadente dell'infezione, si estende dappertutto; pare che più tardi una peritonite maligna sopraggiunga e determini la morte (Fritsch).

Quando poi v'è localizzazione nel peritoneo, l'addome si fa enormemente gonfio; per l'elevazione del diaframma, per la pleurite diaframmatica e pel dolore, la respirazione diviene superficiale, costale, frequentissima. L'ematosi allora è insufficiente, ha luogo l'avvelenamento per l'acido carbonico, le pupille si dilatano, lo sguardo è apatico, la puerpera più non si lamenta, sopraggiungono deiezioni involontarie, la temperatura è ancora più alta, il polso evanescente, la morte è vicina.

È noto come fino ad oggi non sia possibile liberare il peritoneo da una raccolta purulenta libera, giacchè qualche proposta di tal genere (Bompiani) non è stata ancora accettata, epperò, in qualche raro caso, si ritenga come possibile il riassorbimento graduale della marcia, dopo subita la metamorfosi adiposa, o l'aderenza del focolaio suppurativo con qualche organo comunicante con l'esterno ed indi il suo successivo vuotamento.

Utero. — Nella setticemia l'utero è aumentato di volume, molle, da conservare l'impronta del dito; spesso però non lo si può circoscrivere col riscontro combinato, per la sua dolorabilità.

L'aumento di volume è accompagnato da dolori come quelli del parto; la muscolare uterina reagisce più o meno con leggieri contrazioni all'invasione batterica, ma ben presto sopraggiungono la paresi

e l'infiltrazione dell'organo, come nella peritonite, in cui il meteorismo è preceduto dai dolori e dalle coliche violente.

Lochii.—Nella maggior parte dei casi i lochii subiscono modificazioni assai limitate e spesso anche nessuna. Il loro cattivo odore è un sintoma assai incostante. Perchè abbia luogo la decomposizione putrida dei lochii ci vuole un tempo assai più lungo che non per lo sviluppo dell'infezione patogena, onde spesso questa uccide, prima che quelli si fossero alterati.

Genitali esterni.—Anche le condizioni delle parti esterne della generazione possono essere assai diverse; spesse volte un'infezione patogena uccide senza che in esse nulla possa rilevarsi di anormale; in altri casi la vulva è un poco più sensibile che nelle puerpere sane.

Apparecchio digerente.—La lingua secca, ricoperta da croste, coriacea, i denti sporchi e ricoperti da una patina costituiscono un segno sfavorevole per la prognosi.

Spesso, vuoi per la quantità dei liquidi ingeriti a causa dalla sete, sia per la dilatazione degli intestini, che comprimono lo stomaco, sia per la peritonite diffusa allo stomaco, vi ha singhiozzo e vomito, due manifestazioni penosissime. A causa dell'infiltramento e della paralisi della muscolare dell'intestino, non solo v'ha meteorismo, ma stitichezza, ed anche i purganti, di cui altra volta si faceva tanto abuso, restano inefficaci.

Sopraggiunge più tardi ancora l'ittero, le condizioni generali si fanno più scadute, il coma cresce, si ha tutto il quadro d'una grave infezione tifosa.

Vescica.—I medesimi disturbi verificatisi nella muscolare dell'intestino hanno luogo per quella della vescica, onde ritenzione d'urina, che anzi, in qualche raro caso seguito da miglioramento, bisogna por-

tare subito l'attenzione sul serbatoio delle urine. In questi casi fortunati, o per la poca virulenza dei batterii patogeni, o per una rara resistenza dell'organismo, i disturbi vanno cedendo a poco a poco.

E fin qui dei caratteri delle infezioni patologiche; ma quali saranno quelli delle infezioni non patologiche? È naturale che la risposta debba esser facile: saranno i medesimi criterii che dovranno guidarci, ma in senso inverso, cioè:

- 1.° Manifestazione tardiva della febbre;
- 2.° Condizioni generali relativamente soddisfacenti;
- 3.° Esistenza di lesioni locali.

Endometrite. — L'endometrite viene facilmente diagnosticata dalla mancanza di qualunque altra localizzazione con lochii abbondanti e fetidi, i quali mantengono la febbre per l'assorbimento fatto dalla superficie interna dell'utero.

Parametrite. — Quando vi è parametrite non patogena, per 8 a 10 giorni si rileva una temperatura, che oscilla intorno ai 40°. Ma si noti, in questo caso, mentre noi siamo occupati dell'altezza della febbre, e temiamo giustamente un'infezione patogena, l'inferma si sente in modo che quasi si meraviglia delle nostre premure e non comprende perchè noi diano tanta importanza ad applicare il termometro. Tutti i segni a noi già noti dell'alterazione locale in parola non tarderanno ad apparire e la fuoruscita della marcia nelle sostanze fecali, o dalla vagina e ritenuta come lochii purulenti, dichiareranno ampiamente la diagnosi.

La parametrite solo nel primo stadio è caratterizzata dal dolore localizzato; quando a tempo non vi si è fatta attenzione, in un periodo più o meno tardivo si resta spesso meravigliati dell'indurimento o raccolta talvolta considerevole, fattasi senza che neanche la puerpera vi avesse richiamata l'attenzione.

Tali raccolte poi, l'abbiamo detto, possono crearsi

una via all' esterno in un tempo più o meno breve; ovvero restare per mesi, far risvegliare il dolore nell'epoca delle mestruazioni, produrre di tanto in tanto una febbre preceduta da brivido, e rendere addirittura scheletri ambulanti le povere donne che ne sono colpite.

La formazione d'un ascesso in vicinanza della pelle, l'arrossimento di questa e la fluttuazione non ci faranno indugiare a praticare un'apertura, dalla quale spesso fuoriesce una quantità di marcia, che noi non aspettavamo. D'ordinario dopo un tale avvenimento presto sopraggiunge la guarigione e le donne tornano vegete e robuste come per lo innanzi; ma in qualche caso, per le condizioni speciali già cennate, l'apertura è seguita da setticemia acuta, che in breve tempo uccide. Quest'ultimo avvenimento però è assai raro, mentre è più pericolosa la rottura dell'ascesso nel peritoneo. In qualche caso, lo ripetiamo, senza che sopraggiungesse nulla di nuovo, la raccolta, mantenendo buone le condizioni generali, si va riducendo per gradi e viene, dopo un tempo più o meno lungo, completamente riassorbita.

Flebite. — In certi casi non v'esistono nè peri nè parametrite, nè ferite suppuranti nella vagina, nè lochii purulenti o fetidi, eppure ci sta la febbre ed è intensa. Quanto la febbre è sopraggiunta verso il settimo ed ottavo giorno, bisogna pensare alle vene, ma noi d'ordinario con le nostre ricerche obiettive nulla arriveremo a vedere e palpare. Certe volte, mentre la febbre cade, una gamba incomincia a gonfiarsi ed è raddoppiata di volume dopo 36 a 48 ore. Ha avuto luogo una trombosi della vena crurale, di natura benigna, però l'inferma lungo il cammino della safena e nel cavo del poplite avverte dolori.

La cute della gamba e della coscia allora è fortemente distesa, sensibile alla pressione, l'arto immobile. La vulva e la metà inferiore della parete addo-

minale partecipano al gonfiore, il quale presenta una durezza caratteristica, superiore a quella dell'edema. È la *phlegmasia alba dolens*, dovuta alla trombosi delle vene e linfatici dell'arto.

Spesso la trombosi si propaga dalla periferia al centro (Fritsch); così si formano nuove stasi e nuovi trombi marantici, i quali possono riprodurre i medesimi disturbi nell'altro arto, anzi qualche trombo, distaccato da movimento comunicato o manovre inconsulte, può arrivare ad occludere l'arteria od i capillari polmonari, od anche quelli del cervello, producendo infarti, convulsioni o paralisi e financo la morte istantanea.

Il decorso tipico dell'alterazione in esame è assai lento, i vasi trombosati non ripigliano più la loro funzione (flebite adesiva) e le donne guarite presentano ancora, dopo anni, un certo grado di edema ed inspessimento del derma, il quale aumenta specialmente dopo il lungo stare all'impiedi. Si tenga presente però come possano avverarsi piaghe da decubito nei punti compressi, rigidità articolari ecc. e che la prognosi è assai diversa nelle classi povere e nelle agiate a causa delle cure necessarie, delle buone condizioni igieniche e dietetiche e della lunga durata della malattia.

Piemia. — La piemia non si può prevedere; essa è già in atto quando se ne fa la diagnosi. Spesso dopo sette od otto giorni, mentre noi si dormiva tranquilli sulle buone condizioni della puerpera, sopraggiunge un brivido di freddo più o meno lungo ed intenso e la temperatura rapidamente sale a 40° e 41°. Il brivido si ripete ad intervalli più o meno lontani e tanto più ravvicinati per quanto il caso è più grave. Questo brivido dura fino ad un'ora e più, è invincibile, sentito fin nelle ossa. Guardando in viso una di tali disgraziate, ella esprime che profondamente soffre e ci domanda soccorso. E dopo tre o quattro di siffat-

ti brividi di freddo seguiti da febbri alte, l'inferma è già abbattuta, ha acquistato quella tinta speciale ed anche quando cade la febbre pare, dal pallore dell'aspetto, che di sangue più nulla ne resti.

Il catarro bronchiale si manifesta subito in tali casi; spesso all'ascoltazione e alla percussione nulla si rileva e vi sono i piccoli infarti e gli sputi sanguinolenti, dopo è assai comune la pleurite essudativa.

Quando la piemia va innanzi, si hanno le manifestazioni articolari, la peritonite, la meningite ecc. I dolori negli arti sono spesso assai intensi e dipendono dall'estensione dell'infiammazione flebiti e periflebiti ai cordoni nervosi. Sopraggiungono spesso diarree profuse e fetidi e tutto il quadro della settico-piemia.

Ma ben'anche la piemia può guarire, la sua gravità dipende dal numero delle embolie. Ancho con localizzazioni polmonali, pleuriche ed articolari si guarisce ed in questi casi la vittoria in buona parte dipende dall'energia della terapia. Quando i brividi e la febbre pigliano degli intervalli di giorni più o meno lunghi, vi sono tutte le speranze per la guarigione.

Endocardite. — L'endocardite, dice Fritsch, è caratterizzata dalla febbre alta e *sopore settico*, senza nessuna lesione locale. Quando tali sintomi sopraggiungono dopo qualche settimana di benessere, non si deve pensare all'infezione patogena, ma all'endocardite. Spesso all'ascoltazione del cuore si sentono dei rumori, ma essi non sono costanti e quando esistono, o sono dovuti a precedente alterazione cardiaca, o ad anemia acuta, giacchè le lesioni valvolari non sono tali da dover dare per forza siffatti rumori.

CAPO II.

TERAPIA DELLE INFEZIONI PUERPERALI

Art. I. — LA PROFILASSI

Tutte le dottrine, che fin'ora abbiamo esposte, acquistate alla scienza con lungo studio e pazienti ricerche, non avrebbero ragione di essere, quando non fossero seguite da utili e pratiche applicazioni. È da sapere però, e questo ci sia di conforto, che le teorie moderne sulle infezioni puerperali hanno salda base scientifica e quindi perfetto riscontro nell'esercizio pratico. Onde si potrà forse scoprire il microbio specifico, od un altro antisettico, che superi il sublimato per distruggerlo, ma la completa trasformazione delle statistiche nelle maternità, in cui vennero rigorosamente messi in pratica i nuovi principii, servirà sempre a dimostrare la giustezza degli apprezzamenti fatti e delle norme dettate.

La profilassi è quello che v'ha di più positivo nella scienza moderna; sia essa il nostro incubo; non ci sembri mai di averne abbastanza soddisfatte le necessarie esigenze e si tenga sempre presente il motto enunciato per le infezioni puerperali: « *Evitate gli avvelenamenti, chè non avrete a curare avvelenati* (1) ».

Distingueremo la profilassi in:

1.° Prima del parto.

2.° Dopo il parto.

La profilassi prima del parto si estende al medico, alla gravida ed alla levatrice. Per quest' ultima non

(1) Quando dalla mortalità di 16 0/0 nel 1850 si arriva nel 1882 a 0,27 0/0 (Gusserow) 0,58 0 0 (Chiara) fino all'1 su 527 (Breesky) e nessun caso di morte sopra 300 (Fritsch), chi vorrà mettere in dubbio una tale asserzione?

sponderemo parola, riportando in ultimo il regolamento al proposito formulato in Germania.

E cominciando dal medico, quando questi, cosa rara presso noi, dirige fin dal principio il travaglio, non permettendo che la levatrice faccia neanche una volta sola il riscontro, ed eseguendo scrupolosamente quanto siamo per dire, egli può con piena coscienza affermare che la febbre puerperale non verrà.

Bisogna come prima misura fare una rigorosa disinfezione delle mani, e questa può essere *meccanica e chimica*. Lavandosi col sapone 10 a 12 volte al giorno le mani, dopo 8 o 10 giorni l'epitelio di rivestimento sarà stato eliminato e naturalmente con esso meccanicamente tutti quei batterii, che vi si potevano trovare. Ma non ci faremmo liete previsioni, augurandoci così lunghi intervalli tra i nostri affari professionali, onde necessariamente bisogna ricorrere alla disinfezione *chimica*.

Quanto alla disinfezione chimica, bisogna porre mente a due cose: al modo cioè di preparare la soluzione antisettica, ed al modo di adoperarla. Della scelta delle diverse sostanze antisettiche ci occuperemo in ultimo, facendone un quadro comparativo, quindi ora ci intratterremo circa il modo di farne uso, giacchè potete benissimo bruciarvi le mani con l'acido fenico e non per questo aver conseguita la rigorosa e completa disinfezione.

Non è sufficiente per la disinfezione delle mani lavarle col sapone nel modo ordinario ed indi bagnarle nella soluzione antisettica, ma bisogna impiegarvi un certo tempo, prolungarne la fregagione, con la spazzola pulire scrupolosamente in sotto e di lato alle unghie fino a distaccarne l'epitelio macerato, impiegare insomma in tali pratiche almeno 5 a 6 minuti. E poi, tener sempre vicino un recipiente con la soluzione in parola ed in essa mettere le mani ogni volta che bisognerà ripetere il riscontro.

Nè solamente alle mani bisogna limitare coteste lavande, ma a tutto quanto l'avambraccio, di cui si sarà arrovesciato l'abito e la camicia. Ed a persuaderci dell'importanza di tener l'avambraccio nudo e quindi reso asettico, il Fritsch riferisce quanto segue: Egli fu chiamato per la moglie d'un medico sopraffatta dalla febbre puerperale 24 ore dopo il parto. Il marito, che l'aveva operata di applicazione di forcipe, aveva praticate altre due operazioni simili, il giorno prima ed il seguente, in presenza della stessa levatrice. Non ostante però le minute pratiche antisettiche, di cui il medico in parola era caldo partigiano, delle tre operate, la moglie presentava una infezione, secondo ogni probabilità, patogena, mentre le altre stavano bene. A prima giunta non si trovava la ragione del fatto; ma, ricercando, si scoprì che nell'operare la moglie, il medico aveva indosso un abito di cui si serviva nelle autopsie e di cui una manica era sporca di sangue disseccato. L'origine dell'infezione era dunque evidente; le abluzioni delle mani avevano bagnato l'abito e quindi sciolti i residui del liquido disseccato, i quali, venuti in contatto d'una soluzione di continuo recente, avevano provocata un'infezione patogena.

Quanto agl'istrumenti, oggi, in massima, ce ne vogliono ben pochi per un coscienzioso esercizio pratico e per fortuna sono pure i più semplici. Per quelli di cui è d'uopo servirsi si faccia uso del seguente modo per sterilizzarli; prima di adoperarli si tengano per una mezz'ora nell'acqua bollente e poi, volendo, si faccia pure a meno d'immergerli nella soluzione antisettica. Quanto poi al nettarli, dopo l'operazione, non bisogna fidarsi di nessuno, ricordando quello che da lungo tempo diceva il nostro Amabile, che essi cioè debbono essere puliti solamente da chi li ha comprati.

Ma bisogna ingrassare la mano e *le cucchiaia* del

forcipe prima d'applicarle? Che uno strato di grasso sia un ottimo mezzo protettore contro certe infezioni, esempio la sifilide, nessuno vorrà negarlo; ma che ne sia indispensabile l'uso quando le vie naturali sono rammollite, cedevoli ed impregnate per così dire di liquidi, nessuno certo vorrà sostenere. Allo stesso modo della mano, potrà pure esser fatta un'applicazione di forcipe, senza bisogno di grasso, onde, evitando di esporsi a qualche probabile pericolo, si può direttamente passare la mano e l'istruimento dal liquido antisettico in vagina. Che se poi le parti naturali fossero asciutte e dolenti o per irrigazioni pregresse, o per irritazione prodotta da troppo ripetuto riscontro, o per infezione già esistente, si userà allora l'olio fenicato.

Quando poi si trattasse di dover praticare il rivolgimento, sarà indispensabile di spalmare il dorso della mano e l'avambraccio con l'olio fenicato, non solo per renderne più agevole l'introduzione, quanto per facilitarne lo scorrimento a traverso la vulva, che meno facilmente si arrovescherà all'interno e renderà possibile l'introduzione di batterii.

È di tanta importanza l'esatta disinfezione delle mani innanzi d'essere introdotte nelle vie genitali, che è stata sufficiente solo cotesta precauzione per trasformare quasi la statistica. E per verità, da quanto fin qui è stato esposto, non si ricava forse che l'infezione più pericolosa, quella patogena, con tali pratiche diventi affatto impossibile?

Dato dunque per fatto che il medico e la levatrice conoscessero pienamente i loro *doveri di disinfezione*, occupiamoci un poco più a lungo della puerpera, considerandola prima, durante e dopo il travaglio del parto.

Che cosa ha da fare, ci si domanderà, una donna al termine della sua gestazione? Lo diremo con una sola frase: niente altro che tener scrupolosamente

nette le parti esterne della generazione. Ci si risponderà doversi fare tali ingiunzioni solo alle donne del volgo, ma noi possiamo assicurare che anche nella gente per bene assai spesso la nettezza della persona è troppo poco conservata.

È noto come durante la gestazione le secrezioni delle vie genitali muliebri siano considerevolmente aumentate; dalla cavità cervicale e dalla vagina si produce molto muco, che, unito alla desquamazione epiteliale di quest'ultima, si deposita sul pavimento del bacino e fuoriesce specialmente nel cammino. Esse si fermano tra i peli della vulva, li agglutinano e vi si disseccano. Anche il sudore ed il sevo cutaneo, massime nelle donne grasse, irritando i dintorni della vulva, arrivano fino a produrre eritema e furuncoli. La decomposizione putrida s'impadronisce quindi facilmente di tali secrezioni, alle quali, se s'uniscono delle erosioni prodotte per grattamento, si avrà abbondante e propizio materiale di nutrizione per i batterii. — Con dei semplici bagni o delle lavande, a preferenza di soluzione d'acido borico, si sarà fatto ogni preparativo razionale.

Ma tale nettezza della vulva però non è perfetta nel senso chirurgico, onde le pratiche che seguono, prima di fare la prima volta il riscontro. Si laveranno quindi le parti prima con una soluzione di carbonato di sodio, indi con una soluzione antisettica, cercando di penetrare in tutte le pliche della pelle ed intorno al clitoride. Si taglieranno i peli che stanno aggomitolati a ciuffi, massime in corrispondenza della commessura posteriore della vulva, dove si formano sempre dei grumi od altre secrezioni, che non potrebbero in seguito essere tolte senza grande molestia della donna.

Con tali pratiche, dice il Fritsch, si ottengono tre vantaggi.

Il primo, che portando il dito, come di solito, dap-

prima verso l'ano, indi sul perineo ed in vagina, si ha la certezza di non introdurre sostanze nocive a ciascun riscontro.

Il secondo, che avendo luogo la lacerazione del perineo, ed essendo impossibile, dopo il parto, di rendere asettica quella regione, si troveranno preparate le cose per fare la sutura ed ottenere la guarigione di prima intenzione. Ed in realtà, oggi tutti sanno come, quando si è ottenuta l'asepsi, si consegua pure la guarigione *per primam*, e per le lacerazioni perineali nella ricchezza vascolare della regione, e nella mancanza di qualunque stiramento, si trovano le condizioni favorevoli per la riuscita. Che se la pelle è sporca, ogni punto di sutura farà penetrare dei batterii nei tessuti; il tragitto del filo suppurava, la decomposizione si trasmette agli essudati segregati dalle margini della ferita, onde la febbre e tutti gli altri disturbi di sopra dichiarati. Possiamo quindi a ragione conchiudere: che quando una sutura perineale non è seguita da esito fortunato, la decomposizione, specialmente prima del parto, non fu scrupolosamente eseguita.

Il terzo poi è l'impossibilità delle decomposizioni ascendenti.

Di fatti è noto come in quelle regioni, quando vi restano secrezioni e si alterano, pullulano i batterii, i quali possono, come dicemmo, risalire e produrre decomposizioni più in alto. S'immagini poi come sia affatto impossibile, accaduta una lacerazione del perineo, lavar bene e disinfettare le parti, quando ogni contatto provoca dolori o perdita di sangue. Ci sia di conforto il pensiero che in tutte le classi della società, ed anche nelle donne più trascurate, vengono bene accolte in quei momenti di pericolo coteste pratiche di nettezza e con un poco d'insistenza scrupolosamente eseguite.

Ciò fatto, eccoci innanzi ad una questione ancora

abbastanza discutibile, cioè: bisogna o no far costantemente le irrigazioni vaginali antisettiche prima del travaglio del parto?

Secondo noi, tali irrigazioni debbono essere solamente praticate in *casi speciali*, ma abitualmente sono *inutili e dannose*.

Sono inutili per tre ragioni. La prima, perchè non si raggiunge lo scopo, giacchè, come dice il Fritsch con una frase felice, *l'antisepsi ostetrica non è che la caricatura della disinfezione chirurgica*. Ed di fatti, chi vorrà sostenere che, ad onta di abbondanti lavande antisettiche della vagina, si possa ottenere la completa sterilizzazione, come ad esempio, del tegumento esterno disinfettato prima di qualche operazione?

La seconda ragione dell'inutilità di tali pratiche è ricavata dal porre mente a che tutto quello che capita in vagina, quando non venga dall'esterno, non contiene batterii pericolosi.

Tutti sanno come il muco, che zaffa il canale cervicale nel corso della gravidanza, i fiori bianchi, tutti insomma i liquidi vaginali, non danno mai cattivo odore, nè si putrefanno senza che prima venissero in contatto con l'aria esterna. Che, se così non fosse, tutti i giorni, anche fuori del puerperio, si dovrebbero svolgere processi infettivi nei genitali muliebri.

Laterza infine è che oggi è affatto dimostrato come la infezione venisse dall'esterno, tanto che anche in casi d'emorragia, o di ritenzione della placenta, o di una qualunque operazione, tutte le statistiche dimostrano come, disinfettate bene le mani e gli istrumenti, nonchè i genitali esterni, si può quasi matematicamente sostenere che l'infezione non possa avvenire.

Ma le irrigazioni vaginali antisettiche, prima del parto, sono pure nocive, abbiamo detto. Di fatti, a prescindere dalla soluzione non sempre convenevol-

mente preparata e dalla intolleranza di talune donne anche per piccolissima quantità di acido fenico, e dalla ruvidità delle manovre specialmente in certi casi, onde la facilità di soluzioni di continuo e della possibilità che l'istrumento introdotto non sia sterilizzato, si noti ancora quanto segue. Tutti gli antisettici sono astringenti, essi coagulano il muco, irritano le mucose e ne diminuiscono l'elasticità. Verso la fine del travaglio la vagina è calda, il riscontro doloroso, spesso v'è edema esteso pure alla vulva, tutte le condizioni insomma più favorevoli alle lacerazioni nel momento dell'espulsione del feto, onde aumentate le probabilità dell'assorbimento.

Anche più dannose poi sono le iniezioni d'acqua calda, giacchè esse non preparano affatto le parti, anzi macerano l'epitelio vaginale, onde la maggiore facilità dell'assorbimento; facilitano la suppurazione in avvenire, rendono più frequenti le emorragie da inerzia secondaria (Fritsch).

Le irrigazioni vaginali antisettiche sono dunque da proscrivere sistematicamente, tanto nelle donne affatto sane, come in quelle affette da scoli vaginali non virulenti. Anzi si vuole oggi che esse debbano essere abbandonate anche nei casi di blenorragia, a meno che non si voglia cercare di preservare il feto da tale contagio, giacchè per la madre è dimostrato come il travaglio del parto sia spesso il migliore mezzo curativo dell'alterazione.

Le irrigazioni vaginali antisettiche prima del parto saranno dunque solamente riservate:

1.° Alle cliniche ostetriche;

2.° Ai casi in cui si debba intervenire con qualche operazione in donna che dal principio del travaglio sia stata assistita da un medico o da una levatrice, della cui fede antisettica si può dubitare.

Per le cliniche ostetriche si comprende agevolmente, giacchè, a prescindere da qualunque altra consi-

derazione, d'ordinario la donna in travaglio è osservata da parecchi, e quantunque si fosse fatta eseguire scrupolosamente la disinfezione delle mani al principio, pure il non bagnarsi il dito nella soluzione antisettica ad ogni riscontro, od anche il semplice mettere le mani in sacca, od in vicinanza dell'abito, può fare introdurre batterii pericolosi in vagina ad una seconda osservazione.

Nel caso poi d'intervento ostetrico, si è d'ordinario chiamati non solo quando già da un pezzo si sarebbe dovuto operare, ma quando la levatrice e il medico di famiglia, nell'intento di guadagnarsi sempre più le simpatie dei loro clienti, hanno chi sa quante volte fatto il riscontro, e, col dito portato in giro, cercato di dilatare non si sa che cosa, hanno, come comunemente essi dicono, aperto l'utero e favorita la discesa della testa, ossia prodotto stiramenti, erosioni, maltrattamenti e spesso anche lacerazioni delle vie genitali.

Eppure, assistendo una donna in travaglio, basta solo fare il riscontro al principio per assicurarsi della presentazione, dopo rotto il sacco per verificare la posizione e poi per assicurarsi della discesa della parte, ed indi sostenere un poco il perineo. Ma le madri e le comari credono che quando più si manovri in vagina, tanto maggior bene si faccia facilitando il travaglio, onde, quando si arriva per operare, chi sa che ben di Dio sarà stato introdotto in vagina. Un'abbondante irrigazione vaginale potrà forse in tal caso salvare la donna.

Così come prima, le irrigazioni vaginali antisettiche debbono essere di regola rigettate durante il travaglio. Esse saranno solamente fatte nelle cliniche, per le ragioni innanzi cennate. Sarà pure utile praticarle quando bisogna intervenire dopo un travaglio lungo e stentato, e già vi è febbre e desquamazione epiteliale della vagina, ad evitare che nell'introdurre

la mano o l'istrumento, quei prodotti venissero in contatto con le lacerazioni od erosioni del collo uterino.

Il valore poi delle iniezioni vaginali antisettiche dopo il parto è stato siffattamente esagerato, che taluni Professori, specialmente tedeschi, hanno creduto grave colpa trascurarle in qualche caso. Noi seguiremo il Fritsch nel farne comprendere il valore. Bisogna distinguere:

1° Quelle fatte immediatamente dopo il secondamento;

2° Quelle fatte durante il corso del puerperio normale;

3° Quelle fatte come rimedio locale della febbre.

L'idea di poter togliere quanto fosse capace di dare origine ad un'infezione e nutrimento a dei germi, il rendere insomma con una lavanda asettiche le vie della generazione, è così seducente, che non poteva mancare d'essere accolta con entusiasmo. Ma l'impossibilità di sterilizzare il canale vaginale, come una superficie di resezione, rende inutile una tal pratica.

E d'altra parte, tutti sanno come nelle vie genitali non si trovino germi pericolosi e la mancanza di putrefazione nei feti macerati, e nelle placente restate nella matrice in seguito a parti asettici, ne sono ben chiara dimostrazione.

Né poi si raggiungerebbe lo scopo anche per un'altra ragione. La medicatura antisettica in chirurgia non avrebbe gran valore quando non fosse preceduta dalla completa emostasia, e le medicature più moderne al sottonitrato di bismuto, alla torba, alla polvere di legno ecc. reclamano superficie bene asciutte. Ma, prolungando anche per un'ora dopo il parto le iniezioni uterine e vaginali, non si otterrà che cessi completamente la perdita di sangue. Dunque dall'utero non possono venire germi infettivi, giacchè anche il meconio non ne contiene; la steri-

lizzazione della vagina e la completa emostasia è impossibile, ed allora si va incontro alla probabilità d'introdurre qualche cosa di nocivo, senza il bisogno di distruggere nulla.

Che se per contrario la puerpera avesse la febbre, e le secrezioni dessero cattivo odore, od il feto fosse putrefatto, se insomma l'infezione si trovasse in atto, allora l'unica speranza di salvezza poggia sulle abbondanti irrigazioni antisettiche utero-vaginali. Anzi, quando il travaglio durò molto a lungo, o vennero fatte da diversi pratici riscontri o manovre operatorie ripetute e non vennero scrupolosamente disinfettate le mani e gl'istrumenti e le parti genitali esterne, bisogna pure fare le iniezioni nell'intento di scacciare il nemico, ossia i batterii, che possono ancora stare in vagina.

A maggior ragione poi vennero dai migliori pratici affatto proscritte le iniezioni durante il corso d'un puerperio normale. Il Runge ed il Fritsch arrivarono a dimostrare come esse non solamente non avessero nulla a combattere, ma valessero a disturbare il decorso fisiologico del puerperio, con elevazioni di temperature da esse provocate, di diverso grado e durata.

E di fatti, a prescindere pure dalla solita osservazione della possibilità che il dito o l'istrumento per l'iniezione introdotti non fossero affatto sterilizzati, è impossibile cacciar fuori tutto il contenuto che si raccoglie nelle anfrattuosità della vagina. E poi, dopo alquanti giorni, i lochii nel puerperio normale si fanno purulenti e nel pus vi sono batterii; le granulazioni delle lacerazioni fatte, o le aderenze stabilite ostacolano il riassorbimento, onde la ragione del perché in un periodo avanzato del puerperio i lochii alterati, come il sangue mestruale, o i grumi decomposti, od un polipo ulcerato, restino indifferenti per l'organismo

Ora con l'irrigazione, anche fatta con la massima delicatezza, si producono se non lacerazioni, almeno erosioni epiteliali, se non dall'istrumento, dalla colonna liquida che distende le pareti della vagina. Da coteste lesioni novelle si riassorbe prima l'antisettico, come dimostra rapidamente la colorazione delle urine, ad esempio, quando si adopera la soluzione fenicata, ed indi i batterii che vi vengono in contatto, come fa vedere la febbre. E se tali batterii sono specifici, come d'ordinario nelle cliniche ostetriche, si può in tal modo, con una iniezione inutilmente praticata, produrre un'infezione patogena in un periodo avanzato del puerperio.

Di modo che, in conclusione, le levatrici in tutti i casi non debbono essere autorizzate nè a prescrivere, nè a praticare un'iniezione anche vaginale antiseptica dopo il parto. Quando poi il puerperio è normale, quando cioè non v'è febbre, non pure non bisogna fare un'iniezione, ma è una colpa il voler andare a toccare gli organi interni della generazione.

Art. 2.—LE IRRIGAZIONI ANTISETTICHE

Oramai è noto, dopo quanto abbiamo finora esposto, come il veleno puerperale o si avvanza a poco a poco dall'esterno all'interno, ovvero è introdotto tutto in una volta con la mano o con l'istrumento, ossia esso viene depositato sopra una lesione di continuo più o meno recente e disposta a facilmente assorbire. Ora si immagini che poco dopo su quella medesima soluzione di continuo passi un liquido, che distrugga e cacci fuori il veleno introdotto ed ecco distrutta la sorgente delle svariate alterazioni consecutive. Il criterio dunque è giusto, e, lo ripetiamo, sempre che si ha il più lontano sospetto dell'introduzione dei batterii, sarebbe colpa non adoperare subito dopo il mezzo che li uccide.

Quando però i batterii patogeni introdotti ed in brevissimo tempo moltiplicati hanno quasi crivellati i genitali ed i tessuti circostanti, producendo la necrosi là dove si sviluppano, e l'alta febbre, quale manifestazione principale del processo che si svolge, è agevole a comprendere come le irrigazioni possano valere ad eliminare quello che si trova alla superficie, e non quello che si nasconde nella compage dei tessuti. Esse quindi hanno una indicazione ed una utilità assai limitate nelle infezioni patologiche, sia per la rapidità di sviluppo del processo morboso, come per la sua grande diffusione, e relativo ritardo nell'uso della terapia locale.

Ma in questi casi poi nei quali si tratta di processi putridi, venuti o per decomposizione dei lochii, o per suppurazione abbondante da estese lacerazioni, le irrigazioni sono di una utilità incredibile. Come un'altra qualunque soluzione di continuo di cattivo aspetto, che si deterge e caccia vegete e rigogliose granulazioni sotto una opportuna medicatura antisettica, così succede del pari per le lesioni dei genitali. La terapia locale distrugge il male locale, e quindi naturalmente cessa il processo morboso generale che dal primo dipendeva.

Quando si ha l'abitudine di prendere la temperatura della puerpera, immediatamente dopo il parto, almeno tre volte al giorno e, dopo anche una leggiera elevazione termica, s'incomincia la terapia locale, si ha il dritto di sperare a vincere anche un'infezione patogena. Comprendete ora perchè nelle famiglie private spesso s'incontrino casi d'infezione grave e d'ordinario seguiti da perdita della donna. Anche nelle famiglie più agiate non v'ha l'abitudine di reclamare l'assistenza dell'ostetrico e tutto è affidato alla levatrice, la quale ci chiamerà solo quando il processo è assai inoltrato ed allora, per giunta, ci sosterrà a viso duro essere di recente incominciata

una febbre che durava già da 3 o 4 giorni, e quando la povera donna è vicina a morire. Di chi la colpa in questo caso? Che cosa si vuole sperare dalla terapia locale? Non è dunque la scienza che rimane impotente.

Ma, anche incontrandosi in casi gravissimi, non si tralasci alla prima osservazione di praticare il riscontro dei genitali e specialmente dello stato dell'utero.

Parecchie volte, è affermato da clinici illuminati, mentre la vagina era asciutta ed ogni secrezione era soppressa da qualche giorno, si è trovato l'utero considerevolmente aumentato di volume e ripieno di sostanze putride, le quali sono venute fuori dopo che il dito esploratore aveva raddrizzato il collo della matrice. S'era in tali congiunture stabilita la lochiometria. S'immagini in condizioni siffatte il vuotamento dell'utero e la successiva irrigazione quale splendido successo possa avere.

Noi non possiamo certamente dettare una specie di formulario terapeutico da seguire scrupolosamente in ciascun caso d'infezione puerperale, giacché si tratta per le lesioni in parola solo d'aver criterii generali poggiati sopra salda base scientifica, ma che poi debbono essere modificati e variamente applicati nelle osservazioni speciali. Epperò ecco quali ci sembrano le più importanti norme a seguire.

Chiamati ad osservare una donna di fresco sgravatasi, la quale non ci presenta altro che la febbre alta, senza lesioni locali o generali, per le quali possa farsi una diagnosi precisa ed una cura determinata, s'incomincerà la cura con una irrigazione utero-vaginale. S'ignorano i precedenti, non si può prevedere che cosa succederà nel giorno consecutivo a quella febbre ed è possibile ancora ci trovassimo in tempo di scongiurare una infezione patogena.

È naturale poi che, potendo raccogliere qualche indizio o di parto difficile, o di precedente operazione, o di emorragia secondaria, da inerzia o ritenzione della placenta, o di mancata disinfezione prima del parto, tanto maggiormente si avrà ragione a commendare le irrigazioni, a sperarne bene ed a ripeterle. Quello che interessa è d' iniettare grande quantità di liquido antisetico, per avere fondate speranze di buon successo.

È indispensabile ripetere le irrigazioni almeno tre volte nel corso del giorno, per controbilanciare in certo modo i novelli prodotti che si vanno accumulando ed impedire l'infezione secondaria. Misurando la temperatura del corpo prima dell' irrigazione ed un' ora dopo di essa, si troverà, nei casi in cui esse sono veramente utili, la differenza di un grado ad uno e mezzo in meno.

Nei casi di qualche operazione penosa, in cui hanno avuto luogo soluzioni di continuo della vagina, quando non s'inizia ben per tempo la terapia locale, la decomposizione putrida subito s'avanza dalle pareti vaginali al parenchima uterino. Nell' utero si raccolgono, per la flaccidità delle sue pareti, sostanze pericolose, le quali è necessario cacciar fuori e disinfettarne le pareti. Assicuratasi poi dell' introduzione della cannula o del catetere nella cavità uterina, bisogna iniettare tanto liquido fino a che non fuoriesca perfettamente limpido.

Il risultato conseguito dall' irrigazione endo-uterina dimostrerà se sarà necessario ripeterla. Nel caso venga fuori del pus, o detritus di membrane, o sostanze putrefatte, non vi sarà nessun dubbio. Ma ci si domanderà, come si fa a distinguere se quelle sostanze decomposte derivino dall' utero o dalla vagina? Ebbene, non si farà mai l' irrigazione uterina senza che prima si fosse iniettato tanto liquido in vagina, da vederlo fuoriuscire affatto limpido, ed indi

senza che si fosse nettato il perineo. Senza cotesta precauzione, oltre a non poter nulla distinguere, niente più facile che la cannula servirebbe più che a disinfettare, a diffondere la decomposizione putrida dalla vagina nell'utero.

Il bisogno poi di ripetere l'iniezione endo-uterina dipende da parecchie ragioni. Innanzi tutto la cannula, o meglio il liquido, distacca dei cenci di tessuti necrotici, i quali d'ordinario restano nella cavità uterina, fino a che la novella irrigazione non li porti all'esterno. In secondo luogo, egli è vero che sotto tali manovre spesso i lochii diventino purulenti, ma dall'una parte essi trovano più agevole la via ad essere eliminati, e dall'altra l'abbassarsi della temperatura dimostra non esservi alcun danno per l'organismo da tali modificazioni. In ultimo, sotto l'azione delle irrigazioni l'utero più presto diminuisce di volume, onde ne viene favorita l'involuzione, senza pur dire che, distaccati i residui della caduca uterina più celeremente, se ne eccita il lavoro di neoformazione negli strati sottoposti. I mutamenti di volume dell'utero e le oscillazioni della temperatura dovranno dunque indicare o far sospendere le irrigazioni endo-uterine.

Nella pratica però, dice il Fritsch, assai competente autorità al proposito, non è poi tanto difficile il sapere quando bisogna fare e quando sospendere la terapia in parola. È chiaro che quando vi sono evidenti le manifestazioni della setucemia maligna, senza nessun cattivo odore nelle secrezioni dei genitali, le irrigazioni sono inutili specialmente in un periodo inoltrato dell'infezione. Sarà affatto il contrario nel caso di soluzioni di continuo suppuranti dei genitali, o raccolte decomposte nell'utero, che bisogna mantenere disinfettate fino alla loro completa guarigione.

Data l'ipotesi che l'assorbimento si faccia nella

cavità uterina, dopo 4 o 5 larghe irrigazioni bisogna rilevarne il miglioramento, benché non si debba aspettare il rapido mutamento del quale sintomatico generale. Che se dall'utero seguitasse a fuoriuscire del pus o detritus di tessuto decomposto, allora, sospettando la permanenza di qualche residuo di placenta, bisognerebbe esplorare la cavità uterina, cosa che per altro riuscirebbe allora assai agevole, facendo mettere la donna di lato ed adoperando lo speculum del Sims.

Ad eseguire le irrigazioni utero-vaginali, come terapia locale contro la febbre puerperale, sono stati proposti svariati istrumenti. Si è cominciato dal più semplice, un catetere inglese lungo 30 centim. e del diametro di 6 mm., ma contro di esso si è osservato, veramente non troppo a ragione, che in sotto degli occhielli laterali qualche cosa poteva restare nell'utero, oltre alla soverchia cedevolezza. Si è fatta allora una sonda con un foro all'estremità, ma si è trovato poi il getto troppo forte. Hildebrandt ha proposta una sonda di vetro curvata ad angolo ottuso, che, se dà garanzie per la nettezza ed il poco costo, non riesce affatto utile per le irrigazioni uterine, per l'ostacolo alla sua introduzione presentato dal perineo. Bozeman ha proposto una sonda ad S, che ha l'apertura all'estremità, nascosta in modo, che il getto liquido vada ad urtare contro la parete del tubo stesso e quindi si diffonda all'intorno, senza che toccasse con forza un punto solo della parete uterina. Schatz ha proposta una sonda presso a poco analoga, ma un poco troppo corta.

Ogni ostetrico dovrebbe tenere un certo numero di sonde del Bozeman per farne uso nei casi speciali. Ma quando ne mancasse l'opportunità, massimamente trovandosi in campagna ed urgendo il bisogno, si potrà adoperare il catetere elastico inglese. S'incomincerà a fare uso di quello N. 10 e non se ne

raccomanderà mai abbastanza la disinfezione, che anzi sarà necessario dopo poche volte adoperato sostituirlo con altro nuovo. A misura che l'involuzione dell' utero si avvanzerà, la riduzione del canale cervicale e la difficoltà nell'introduzione del catetere ne faranno scegliere altro sempre più piccolo.

Come regola generale dunque si farà prima l'irrigazione vaginale fino a che l'acqua non tornerà allo esterno affatto limpida, indi si netteranno e disinfetteranno accuratamente le parti esterne della generazione ed il perineo, ed in ultimo s'introdurrà il dito disinfettato fino al collo della matrice, che servirà di guida all'introduzione del catetere. Con un poco di pratica però e colle sonde adatte si può benissimo fare a meno dell'introduzione del dito.

Le considerazioni teoriche e quelle ancora più eloquenti ricavate dalla pratica hanno fatto definitivamente rigettare l'irrigazione permanente della matrice, proposta da Langenbuch e Schede e modificata da Weit, di guisa che le sole irrigazioni, quali le abbiamo descritte e nei limiti indicati, sono oramai accettate dai più dotti e rinomati ostetrici.

Ma dopo aver dimostrato di quanta importanza sieno le irrigazioni endo-uterine nella febbre puerperale e come a mezzo di esse, fatte a tempo, si possa debellare un processo infettivo micidiale, è bene mettere innanzi taluni accidenti possibili, i quali per certo tempo le fecero cadere in discredito e inettere in pratica con timore.

In qualche caso, in seguito ad un'irrigazione endo-uterina, si verificarono gravi disturbi generali spiegati o per l'entrata diretta dell'antisetico (acido fenico) nel sangue, da produrre un avvelenamento acuto (Kuestner); o per irritazioni riflesse prodotte dallo stimolo locale. In qualche altro caso durante la manovra l'inferma perdette la coscienza, o fu sopraffatta da convulsioni, o sopraggiunse deliquio, inde-

bolimento del polso e del respiro e perdita di sangue nel ritirare la sonda, disturbi che cedettero immediatamente ad un'iniezione sottocutanea di etere. Qualche altra volta, una mezz'ora dopo l'irrigazione, l'inferma fu colta da forte brivido di freddo seguito da profuso sudore ed indi colore caratteristico dell'urina, nell'avvelenamento per acido fenico. Qualche altra volta infine la perdita di sangue continuò per certo tempo.

Che tali disturbi non fossero dovuti all'avvelenamento acuto per acido fenico, fu dimostrato dal loro sopraggiungere anche in seguito all'uso di altri antisetici, ad esempio, l'acido salicilico.

Il Fritsch fa osservare come tra il quadro clinico dei disturbi cennati e quello dell'introduzione dell'aria nelle vene vi sia nella massima parte dei casi grandissima rassomiglianza. Come, d'altra parte, fa notare che non siasi avverato il fenomeno giammai nelle irrigazioni fatte immediatamente dopo del secondamento.

Considerato poi come le irrigazioni endo-uterine fossero massimamente indicate nei casi di lochii fetidi, consecutivi ad emorragia da inerzia secondaria con lenta o mancante involuzione e flebite e periflebite, onde facilità di distacco del trombo, si può giudicare come segue. Il fatto predisponente è costituito dal distacco del trombo, cagionato o dalla sua fusione purulenta, ovvero dall'aumento di calibro del lume vasale, che segue l'aumento dell'utero o la sua distensione nel momento dell'operazione.

Il liquido, iniettato con una certa forza, entra dunque direttamente nei vasi. Bisogna quindi sorvegliare, durante il tempo dell'irrigazione, con l'altra mano dall'esterno l'aumento di volume dell'utero. Dall'altra parte poi, quando vi fu emorragia precedente, si spingerà il liquido lentamente e con poca forza.

Si è notato ancora in qualche osservazione da più

di un ostetrico sperimentato che, dopo dell'irrigazione endo-uterina si fosse avuto un brivido di freddo seguito da elevazione della temperatura assai più considerevole, la quale in verità non è poi durata molto a lungo. A prima giunta non era facile dar la ragione del fatto, ma poi si è spiegata la cosa a questo modo. Il liquido, arrivato nella cavità uterina, la distende e quindi in certo modo esercita una pressione sui batterii e sui loro prodotti, accumulati nelle maglie dei tessuti, onde ne facilita l'entrata nel torrente della circolazione. Ma però, se in certo modo è accelerato il decorso della malattia, l'esito non ne viene aggravato, dacchè essi non sono seguiti dalla produzione di altri batterii, onde spesso dopo quell'ultima febbre più alta si raggiunge la completa apiressia.

In conchiusione, le irrigazioni endo-uterine costituiscono una delle maggiori risorse della terapia moderna nella febbre puerperale; con un poco d'accorgimento e tenendo presente le cose fin qui dette se ne possono scongiurare i pericoli. Per fortuna poi l'acido fenico, alquanto pericoloso, oggi è sostituito con assai maggiore vantaggio dal sublimato corrosivo, come diremo ora.

Art. 3. — TERAPIA LOCALE E GENERALE

Cura locale. — Adesso si conosce abbastanza in quali limiti e con quali speranze si debba adoperare la terapia locale nella febbre puerperale; è indispensabile, a completare l'argomento, il dire quale sia il valore dei farmaci a cui s'è fatto ricorso.

Acqua di cloro. — Fin da Baudelocque fu proposta e commendata l'acqua di cloro per lavare la cavità uterina; ma il suo cattivo odore, l'azione irritante sugli organi respiratorii, la sua facilità di decomposizione, ed infine la possibilità di servirsi di altri

mezzi di effetto sicuro, non ne hanno fatto diffondere l'uso.

Acido fenico.—Non abbiamo bisogno di fare le lodi dell'acido fenico o ricordare la facilità di trovarne dappertutto, la sua solubilità nei diversi mestruai, il suo valore disinfettante, l'agio di servirsene, per disinfettare tutto e da per ogni dove, ecc. cose tutte già apprese e messe in pratica in chirurgia. Anche l'avvelenamento da acido fenico, come d'ordinario si avvera, non è accompagnato da pericolo.

Ma ci si domanda: In quali proporzioni bisogna adoperare l'acido fenico, con quali particolari precauzioni, come pure, quando non vi si deve far ricorso?

La disinfezione delle mani e degli istrumenti sarà fatta, come in chirurgia, con una soluzione al 5 %. In generale però bisogna badare a che il grado di concentrazione sia diverso, a norma del diverso modo di farne uso. Quando nel lavare le mani s'impiega molto tempo, quando con la spazzola non si lascia punto di lato o di sotto le unghie, ove sia possibile che qualche cosa resti, quando insomma tutte le altre prescrizioni profilattiche furono scrupolosamente eseguite, non pure è inutile adoperare una soluzione al 5 %, ma le mani ne sarebbero malconce. In tali casi dunque una soluzione al 3 ed anche al 2 % sarà più che sufficiente. La disinfezione meccanica dunque e la chimica debbono a vicenda sorreggersi e completarsi.

Quanto alla proporzione dell'acido fenico per la disinfezione delle vie genitali, bisogna tener presente quanto segue. Tutt'i processi di disinfezione odierina poggiano sul criterio che i batterii si trovano depositi alla superficie delle soluzioni di continuo e così superficialmente, da resiar distrutti dall'antisettico che vi viene a contatto. Da ciò deriva essere affatto inutile un grado di concentrazione superiore a quello

conosciuto come realmente efficace per la distruzione di quei dati batterii. Ma per le vie genitali poi non è come per qualunque altra soluzione di continuo in altra parte del corpo. Difatti, adoperata una soluzione molto carica di acido fenico per lavanda d'un ascesso e d'un moncone d'amputazione, si rileveranno gli effetti dell'azione caustica, ma non si sarà dopo di essa nella condizione di dover sospendere la cura. Per le vie genitali l'azione caustica dell'acido fenico produce tale irritazione, edema e gonfiore, che riesce affatto impossibile continuare la cura. Chi ignora come dopo aver eseguito qualche operazione plastica sul perineo e prolungato il contatto con la vulva d'una soluzione fenicata al 2 %, si osservi irritazione ed edema?

Sarà dunque più che sufficiente una soluzione assai abbondante, 5 a 6 litri, al 3 % per le irrigazioni utero-vaginali. Preferibile questa a quella al 5 % alla metà di proporzione.

In conclusione dunque, servendosi dell'acido fenico, si farà la soluzione al 5 % per le mani e per gli strumenti, al 3 % per gli altri usi.

Sublimato corrosivo. —Dopo i lavori di Koch principalmente è noto come sia stato dappertutto, non solo accettato, giacchè già conoscevasi, ma giustamente apprezzato e messo in pratica il sublimato come disinfettante. L'illustre igienista di Berlino stabilì che la soluzione di sublimato ad 1 : 5000 uccida i batterii in pieno sviluppo; ad 1 : 2525 uccida le spore nelle culture. Di modo che con la soluzione ad 1 : 2000 si può essere sicuri di distruggere e disinfettare ogni cosa.

La modicità del prezzo, la facilità di prepararlo, la mancanza del cattivo odore e le proprietà caustiche dell'acido fenico, fecero ben presto accettare, così nelle cliniche chirurgiche come in quelle ostetriche, il sublimato quale il solo e più sicuro disinfettante.

A Parigi, a Berlino, a Breslau, a Fribourg, ad Halle, a Firenze, a Torino, a Napoli ecc. ecc., in tutte le principali cliniche insomma si adopera oggi il sublimato corrosivo e da per ogni dove con splendidi risultati.

Non si creda però che ogni difficoltà sia stata superata: l'avvelenamento mercuriale, la cui possibilità da nessuno potrebbe essere messa in dubbio, è di ben altra gravità di quella effimera da acido fénico. Basterebbe questa sola possibilità, a prescindere da tutti quanti gli altri pericoli, per proibire assolutamente alle levatrici di far uso d'un tale rimedio.

Dato il caso d'avvelenamento, come quando il rimedio è preso per la via dello stomaco o per iniezione ipodermica, si osserverà la stomatite e peggio ancora la diarrea, la quale ben presto diventa sanguinolenta e fetida ed in qualche caso all'autopsia si rinvennero nel grosso intestino lesioni analoghe a quelle della disenteria grave.

Nello stesso tempo, per le lesioni renali, l'urina si fa albuminosa e sanguinolenta, il polso debole e frequente, il colorito pallido, la temperatura scende al sotto del normale.

Si conosce come certi individui siano affatto refrattarii ad alcuni rimedi, specialmente al jodo e al mercurio; ed è possibile pure che le condizioni speciali della puerpera la predispongano al fatto come logicamente può pensarsi, essendo noto come l'assorbimento si faccia più rapidamente in seguito ad abbondanti perdite di sangue per la relativa vuotezza dei vasi. Sotto questo aspetto dunque si avrà in certo modo una guida, o per lo meno delle possibilità maggiori o minori a tener presenti.

Certo è però che, ripetute parecchie volte al giorno le irrigazioni al sublimato, dopo 5 o 6 giorni segliono produrre salivazione e diarrea. I disturbi urinarî poi meritano ancora maggiore considerazione

ed essi sono assai importanti, specialmente nel caso che l'inferma già prima avesse avuta qualche alterazione dei reni, onde in congiunture siffatte sarà bene proscriverne l'uso.

Nè bisogna credere che la probabilità dell'avvelenamento mercuriale stesse in rapporto alla quantità maggiore o minore di sublimato che trovasi nella soluzione, essendosi osservato il fatto con ogni proporzione.

Oggi, a prescindere dal facile e rapido assorbimento che succede nella cavità uterina, s' inclina a mettere il fatto piuttosto a conto del modo di fare l'irrigazione e quindi dalla quantità del liquido ritenuta nelle vie genitali ed indi riassorbita. È di grande importanza quindi non solo assicurarsi con la mano dall'esterno che l'utero non sia aumentato di volume, nè contenga liquido, ma farne l'espressione affinchè ne sia affatto privo.

Non abbiamo bisogno di dilungarci ulteriormente a dimostrare il valore antisetico del sublimato in ostetricia più che in chirurgia, ma il vedere quasi immediatamente troncato un processo purido, quando le irrigazioni fenicate a nulle avevano approdato, è tale osservazione da persuadere anche i più riottosi.

D'altra parte, i pericoli che possono derivare dall'uso dell'antisetico in parola, con la giudiziosa ed esatta pratica, col sorvegliare la puerpera, col sospenderne l'uso alla prima manifestazione, si possono affatto evitare, od anche scongiurare, quando pure in qualche caso l'avvelenamento incominciasse a manifestarsi. Più che le parole valga a persuadere l'ultima statistica pubblicata l'anno scorso da Tarnier, dove sopra 350 casi, in cui si è adoperato il sublimato, non pure non si trova nessun caso di morte, ma nessuna volta si è osservato l'avvelenamento.

Jodoformio. — Il jodoformio non trova in ostetricia le medesime preziose applicazioni che in chirur-

gia. Di fatti, nel primo caso si tratta non solo di disinfettare, ma di portare pure all'esterno qualunque secrezione fosse capace a decomporsi. I benefici effetti poi spiegati dal rimedio dallo stare in contatto con le lesioni chirurgiche, non si possono conseguire in ostetricia, essendo impossibile che esso venga in contatto con tutta la superficie interna dell'utero e della vagina. Che se volesse introdursene una dose molto spinta, per lasciarla poi in contatto di quelle parti, ciascun caso sarebbe certamente seguito da avvelenamento, nè mai si raggiungerebbe l'intento.

Bisognerà quindi limitarne l'uso alle lacerazioni del perineo ed anche alla linea di sutura, quando si fosse praticata la perineorrafia, come sarà detto in seguito; come pure a quelle lesioni dell'entrata della vagina, che possonsi sorvegliare con la diretta osservazione.

Gli antisettici meno potenti, quali il *permanganato di potassio*, l'*acido salicilico*, l'*acido borico*, il *timo-lo*, i *solfiti* ecc., saranno adoperati o quando è urgente di sospendere uno degli antisettici cennati per incipiente avvelenamento, o quando la donna è vicina a guarire; ma sono necessarie ancora irrigazioni antisettiche per gli abbontanti prodotti suppurativi che ancora si formano. La facilità d'averli e prepararli, la loro innocuità nelle mani anche inesperte, la nessuna irritazione locale da essi prodotta, li fanno commendare nelle loro giuste indicazioni.

Cura generale. — Stabiliti i criterii a seguire nonchè i medicamenti ed il modo d'adoperarli nella cura locale della febbre puerperale, passiamo a dire qualche cosa della cura generale.

È inutile ripetessimo di quanta importanza fosse quest'ultima per i vecchi medici, anzi essa sola occupava tutta loro attività. Partendo dal principio che la infezione dipendesse da qualche cosa, non si sa in qual modo penetrata nel sangue, erano i rimedi interni quelli che dovevano combatterla e vincerla.

Conosciuta la natura ed i particolari dell'infezione, naturalmente quanta maggiore importanza ha acquistata la terapia locale, ne ha perduta quella generale. I più ritengono oggi che questa fosse affatto inutile e taluni arrivano perfino a sostenere che i rimedi internamente somministrati possano valere a disturbare il decorso ciclico dell'affezione.

Che l'infezione puerperale dovesse combattersi là dove nasce, oggi più non si discute. Bisogna solo sapere se gli antipiretici potessero valere a coadiuvare la terapia locale.

La febbre, quale manifestazione morbosa, non presenta alcun pericolo per la puerpera; l'organismo può sostenerla per parecchi giorni, onde non è urgente fare abbassare la temperatura per soddisfare una indicazione vitale. O il processo locale migliora e la febbre diminuisce, o si tratta d'infezione patogena, e tutti gli antipiretici a nulla valgono.

Che anzi forse l'abbassamento della temperatura, che succede al bagno freddo o a data dose di chinina o di antipirina, ed il brivido che suol seguire all'amministrazione della cairina, possono confondere il quadro clinico. Inoltre dopo messa in pratica la terapia locale, si rimane nel dubbio se ad essa, ovvero ai rimedi interni si debba l'abbassamento della temperatura.

In guisa che per i primi giorni, specialmente fino a quando non sia fatta una diagnosi precisa, bisogna a giudizio del Fritsch, prescrivere solo la *segala cornuta*, l'*oppio*, gli *acidi minerali* ed il *vino*.

Ma quando fosse eliminato il dubbio di un'infezione patogena, e si trattasse o di parametrite suppurativa, o di peritonite in via di regresso, o di ferite suppuranti dei genitali, o peggio ancora di piemia, la terapia generale è del più grande interesse.

Ci pare inutile intrattenerci sulla chinina e suoi metodi di somministrazione, rientrando questo nelle

indicazioni generali e comuni ad altre malattie; diremo invece qualche cosa dell'idroterapia.

Oggi tutti sanno ed il modo d'adoperare e gli ottimi effetti consecutivi all'uso giudizioso del bagno freddo nelle malattie febbrili acute. Ma nelle infezioni puerperali il bagno freddo, od il semplice impacco, costituisce un mezzo veramente meraviglioso a scongiurare un imminente collasso.

Bisognerà prima fare ingoiare qualche eccitante; poi si farà variare la temperatura dell'acqua da 18° a 24° R. e fino a 27° R. se l'inferma avvertisse brividi di freddo. La durata del bagno varierà da 10 a 15 minuti. È inutile il dire che dopo bisogna involgere la puerpera in una coltre di lana e procurarle una larga e generale reazione.

Si prescrive pure come antipiretico il salicilato di sodio (1:200) da bere per epicrasi nel corso del giorno e se ne commendano generalmente i buoni effetti. Il marsala e gli alcoolici in genere debbono tenersi sempre pronti, sia per evitare qualche imminente collasso, quanto per rialzare e sostenere i poteri fisiologici depressi dell'organismo. Il pratico coscienzioso ed intelligente si servirà, a norma delle indicazioni speciali, di tutti i mezzi che la terapia moderna mette a sua disposizione.

È inutile dire che la principale indicazione in casi siffatti è di sostenere le forze con latte, brodo consumato, succo di carne ecc. ed all'occorrenza cercare di renderne più facile la digestione.

Al principio dell'infiammazione, la vescica di ghiaccio sull'ipogastrio è razionale, utile per le note modificazioni locali della circolazione e piacevole pure, perchè diminuisce la sensibilità e quindi il dolore. Con qualche pannolino sottoposto si eviterà la congelazione delle pareti addominali. Se attiverà la peristalsi intestinale, si prescriveranno forti dosi di oppio.

L'applicazione del ghiaccio deve continuarsi fino a quando non si sia formato l'essudato; ciò accaduto; riesce nocivo, perchè ne ritarda l'assorbimento, onde si farà ricorso al caldo umido.

Al principio dell'inflammazione nella metro-peritonite, può riuscire utile il sanguisugio locale, applicato ai lati dell'utero e che vale spesso a diminuire il dolore e forse anche a sottrarre direttamente sangue dalla matrice per i rami anastomotici dei ligamenti rotondi. Principalmente, se la donna è robusta, non si avrà nulla a temere.

Parecchi pratici ancora, seguendo una vecchia abitudine, incominciano la cura con una buona dose di calomelano, per far eliminare il contenuto dell'intestino o richiamarvi una congestione come rivulsiva. Ora dall'una parte è a considerare come l'intestino d'ordinario si trovi vuoto e dall'altra che, dato pure contenesse sostanze fecali, queste possono a lungo restarvi senza nessun nocimento per la donna, mentre che, non fosse altro, i movimenti peristaltici aumentati dall'azione del purgante faranno non poco male alla povera puerpera.

Bisogna, per contrario, prescrivere fin dal principio buona dose di oppio internamente, es. 5 gocce di tintura ogni 2 ore; o per suppositorio 5 centigram. in 1 gram. di burro di cacao, che diminuisce la sensibilità dolorosa e fa muovere il meno possibile l'intestino, fatto quest'ultimo che contribuisce non poco alla delimitazione del processo ed insaccamento dell'essudato.

La segala cornuta poi nel corso del puerperio rende buoni servigi, specialmente adoperata dal principio. Si comprende che per quanto l'utero più si mantiene retratto e quindi di minor volume, per tanto l'assorbimento deve essere ridotto.

Questo che abbiamo detto vale per i fatti più salienti. I diversi sintomi e svariati processi locali van-

no curati secondo le norme generali a voi già note. Conchiuderemo poi questo capitolo col dire poche cose sulla cura di quell'accidente tanto comune quale è la lacerazione del perineo.

Perineorrafia. — Sia nei tempi più antichi, come in quelli più a noi vicini, si è assegnata alle lacerazioni del perineo una parte più o meno grande nella produzione della febbre puerperale. Tutti sanno come una lacerazione, non curata, possa trasformarsi in ulcera puerperale e cagionare la febbre, e moltissimi ancora ripetono essere inutile a fare in primo tempo la sutura del perineo, giacchè non mai s'ottiene la guarigione per prima intenzione.

Eppure ogni lacerazione del perineo, cu ata convenevolmente, deve guarire. Si trovano registrate molte osservazioni di puerpere morte per febbre puerperale al 7° od 8° giorno e nelle quali la lacerazione del perineo era guarita.

Ora per ottenere cotesta guarigione tre condizioni sono indispensabili: convenevole preparazione del campo operatorio; attenta sutura e ben diretta cura consecutiva. Della prima ci siamo già occupati, eccoci a dire delle altre.

Se la lacerazione è parziale, è preferibile dare alla donna la posizione laterale, nella quale basta che un aiuto sostenga la natica superiore durante il tempo della sutura; così si ha pure il vantaggio di non essere disturbato dallo scolo di sangue. Se poi la lacerazione si estende molto in alto, è preferibile la posizione dorsale, facendo che parecchi assistenti tengano divaricate le parti, ed operando in vagina sotto la nebbia fenicata.

Per la lacerazione del perineo si è fatto ricorso ad ogni sorta di sutura: l'incavigliata, l'intercisa, ecc. ecc. ma noi raccomandiamo quella che segue, da noi stessi con grande vantaggio adoperata.

Prendesi un filo armato di due aghi ai suoi estre-

mi, a cominciare dal fondo della ferita ed in alto si introduce l'ago e si fa uscire ad un mezzo centimetro dalla pelle, da dentro in fuori: si ripete quindi la manovra dall'altro lato e di seguito fino all'esterno, facendo una sutura a punti staccati. Le superficie cruenta a questo modo si adatteranno perfettamente; nel mezzo della ferita non si accumulerà certo del sangue; non sarà possibile introdurre con i fili impurità dall'esterno. In ultimo, se ne sarà il caso, si daranno dei punti di sutura superficiale e si spalmerà la sutura col jodoformio.

La terapia consecutiva consiste nell'impedire che la sutura dall'interno, come dall'esterno, venga in contatto con sostanze capaci d'infettarla. Per la via vaginale si provvederà con le irrigazioni fatte nel modo di sopra dichiarato, per l'esterno si farà quanto segue.

Si prenderà la soluzione al 3 % di acido fenico o 1:2000 di sublimato, vi s'immergeranno delle piccole compresse, che saranno applicate, rinnovandole ogni mezz'ora, sul perineo e sulla radice delle cosce. L'acqua che scorre bagnerà i materassi in sotto del sedere, di modo che anche quando vi si mescolasse delle secrezioni vaginali, arrivatevi per caso, ne sarà impossibile la decomposizione.

È naturale che a misura che passa più tempo, si rinnovano le compresse ogni ora ed indi ogni tre o quattro ore, benché la puerpera spesso lo reclami pel sollievo ricavato dal contatto di quel fresco e forse ancora pel pensiero che qualche cosa per lei pur si faccia.

A questo modo dunque s'impedisce il contatto con la biancheria del letto: il sangue ed i lochii sono disinfettati, i peli della vulva non s'agglutinano e con pochissimo fastidio si solleva il morale ed il fisico della donna.

Tali compresse poi, quando siansi fatte delle inci-

sioni nella vulva, ognuno comprende in qual modo potessero riuscire utili e come valessero a prevenire l'infezione prodotta dalle decomposizioni ascendenti. Che anzi, sotto quest'ultima considerazione, esse saranno sempre utilmente praticate quando qualche operazione penosa, p. es., cranioclastia, cefalotripsia ecc., potesse far temere un puerperio patologico.

Ed eccoci arrivati al termine d'un argomento della massima importanza non solo dall'aspetto scientifico, quanto da quello pratico ed umanitario. Voi vedete ogni giorno di quanto male possa esser cagione la noncuranza di dottrine poste oramai al di sopra di qualunque dubbio e discussione. Si consideri quante famiglie sieno restate desolate per la mancanza di pratiche, che, se sono costate alla scienza molto lavoro, si traducono poi in azione con precetti assai semplici e facili. D'altra parte, si tenga bene a mente che coteste pratiche di disinfezione reclamano una specie di educazione e di abitudine e che, quando non si eseguono scrupolosamente ed d'ordinario, nè si raggiunge lo scopo, nè si fanno con perfezione quando se ne avrebbe il massimo interesse. Onde a questo modo si potrà osservare qualche infezione grave nella propria famiglia, per averne trascurata altra più leggiera nella pratica.

Conchiuderemo dunque col dire che la perfetta conoscenza della natura delle infezioni ha trasformata l'ostetricia come la chirurgia; che quando siasi assistito fin dal principio al travaglio, osservando la febbre puerperale, si debba aver lo scrupolo d'aver trascurato qualche cosa; che con la perfetta disinfezione anche un'operazione ruvidamente o malamente eseguita sarà garentita dal felice esito, almeno per la madre, che infine oggi si deve avere la coscienza sicura di prevenire e domare una serie di mali, che hanno costituito il pericolo più grave, e temuto dai nostri maggiori.

Regolamento per la disinfezione obbligatoria dell' Impero Tedesco

Crediamo utile di riportare in ultimo del nostro libro il regolamento di disinfezione formulato in Germania. Esso in verità è stato proposto per le levatrici, ma può benissimo essere seguito anche dai medici, che vi troveranno in breve comprese le regole pratiche da tener presenti.

I.

1.° Le biancherie adoperate per le donne in travaglio e puerpere debbono essere sempre di bucato e mutate a misura che si sporcano.

2.° Ci vuole un irrigatore di zinco verniciato della capacità d'un litro.

3.° Tre tubi di vetro netti ed un tubo di caoutchouc lungo un metro e mezzo, adattato all'irrigatore.

4.° Una bottiglia graduata di acido fenico.

5.° Una buona spazzola per le unghie, ben dura.

6.° Un pezzo di sapone.

7.° Gl'istrumenti descritti negli ordinarii trattati d'ostetricia e gli asciugamani.

II.

Arrivati presso la partoriente, bisogna denudare gli avambracci fino al gomito; mettersi d'avanti un panno di bucato e preparare, in diversi recipienti, due litri di soluzione fenicata al 5 % ed al 2 1/2 % (50 e 25 gram. in 1 litro).

III.

Lavanda esatta delle mani ed avambracci col sapone, ricordandosi di stropicciare bene la spazzola in vicinanza delle unghie; indi con la soluzione fenicata al 5 0[0.

IV.

Lavanda scrupolosa dei genitali esterni della donna in travaglio col sapone e soluzione fenicata al 2 ½ %, badando specialmente a togliere ogni sostanza aderente ai peli. Bisogna mettere il recipiente che contiene la soluzione sotto le natiche e con la mano, portarla e farla cadere in sopra della vulva. È utile che in sotto della donna resti qualche panno impregnato della soluzione.

V.

Ciò fatto, si laveranno di nuovo le mani nella soluzione fenicata al 5 0[0, ed indi si farà il riscontro con la mano bagnata, senza grasso. Indi si terrà pronta un'altra soluzione fenicata al 5 0[0 per bagnarvi le mani sempre che si dovrà ripetere il riscontro.

VI.

Espletato il parto ed il secondamento, si torneranno a lavare i genitali esterni con altra soluzione fenicata al 2 ½ %!; levando con le dita il sangue aderente alle parti.

VII.

Non bisogna adoperare nè spugna, nè ovatta, nè fare irrigazioni vaginali.

VIII.

Accaduta lacerazione del perineo, si terranno sempre sulle parti delle compresse bagnate nell'acqua fenicata al $2\frac{1}{2}$ 0/0, rinnovandole, come innanzi è stato detto.

NB. Nel caso si adoperi il sublimato in luogo dell'acido fenico, si potrà fare una soluzione a 1: 2000.

Questo però nell'assistenza al parto normale, ma se per caso si fosse assistita una donna con febbre puerperale, per non diffondere il male, bisognerà fare quanto segue :

I.

Tutti gli oggetti di cui s'è fatto uso per la donna con infezione puerperale, irrigatore, tubi di vetro, forbici, istrumenti ecc. ecc. debbono essere scrupolosamente disinfettati, facendoli restare per mezz'ora nell'acqua bollente ed indi per 24 ore nella soluzione fenicata al 5 0/0.

II.

Non bisogna visitare altre puerpere, non pure senza la scrupolosa disinfezione delle mani, ma con gli stessi abiti. Questi dovrebbero essere o mutati affatto, ovvero disinfettati.

In casi siffatti poi la disinfezione delle mani si farà prima lavandosi con una soluzione di carbonato di

potassio, indi col sapone ed in ultimo con la soluzione antisettica, seguendo le norme di sopra dettate.

Abbiamo la ferma convinzione, che se le pratiche esposte non venissero stimate con *cuor leggiero* e ciascun ostetrico e levatrice, dopo la piena dimostrazione scientifica, eseguisse la scrupolosa ed esatta disinfezione come dovere di persona onesta, moltissime donne non pagherebbero con la vita la dolcezza del sentirsi madre.

FINE.

INDICE

PREFAZIONE	Pag. iii
----------------------	----------

PARTE PRIMA

Gravidanza

CAPO I. — <i>Della Gravidanza</i>	Pag. 1
CAPO II. — <i>Malattie della donna incinta</i> . . .	» 13
ART. 1. — Alterazioni dell'apparecchio digerente .	» 14
ART. 2. — Alterazioni dell'apparecchio respiratorio.	» 20
ART. 3. — Alterazioni dell'apparecchio cardio-va- scolare	» 24
Malattie delle vene	» 29
ART. 4. — Malattie della vescica.	» 31
ART. 5. — Albuminuria.	» 33
ART. 6. — Disturbi dell'intelligenza.	» 38
ART. 7. — Alterazioni nervose diverse.	» 40
ART. 8. — Dolori diversi	» 45
ART. 9. — Eclampsia	» 47
ART. 10. — Malattie infettive.	» 57
ART. 11. — Alterazioni delle articolazioni del ba ino.	» 70
ART. 12. — Deviazioni dell'utero	» 73
ART. 13. — Prolasso uterino	» 77
ART. 14. — Reumatismo uterino.	» 79
ART. 15. — Alterazioni della vulva e della vagina.	» 81
Traumi nel corso della gravidanza. .	» 84
Infiammazione della caduca	» 85
ART. 16. — Malattie della placenta.	» 87
ART. 17. — Malattie dell'amnios	» 91
CAPO III. — <i>Malattie del feto</i>	» »
ART. 1. — Alterazioni del feto	» 97
ART. 2. — Morte del feto	» 105
CAPO IV. — <i>Aborto</i>	» 110
CAPO V. — <i>Gravidanza extrauterina</i>	» 127

PARTE SECONDA

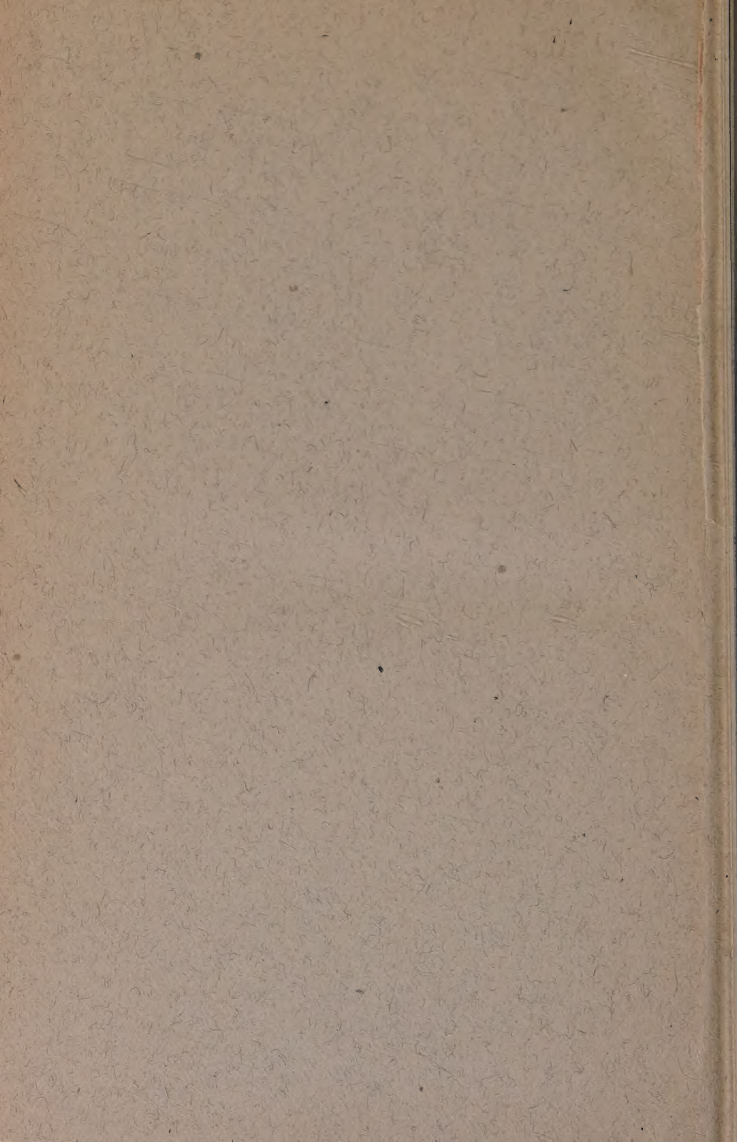
Parto

CAPO I. — <i>Del parto</i>	Pag. 137
Anomalie nel meccanismo del parto	» 156
Prognosi delle presentazioni ed assisten- za al parto	» 158
Secondamento.	» 161
Parto gemellare.	» 163
Cura pel neonato sano.	» 165
Cura pel neonato asfittico.	» 166
CAPO II. — <i>Distocia Materna</i>	» »
ART. 1. — <i>Vizii del bacino</i>	» 167
Etiologia generale dei vizii pelvici	» 180
Sintomatologia e diagnosi	»
Dimensioni del bacino normale	» 187
Corso della gravidanza e del parto nei bacini viziati	» 189
Prognosi, indicazioni e cura	» 191
ART. 2. — <i>Anomalia nelle contrazioni uterine</i>	» 194
ART. 3. — <i>Alterazioni del collo dell' utero</i>	» 201
ART. 4. — <i>Rottura dell' utero</i>	» 207
Rottura della vagina.	» 211
ART. 5. — <i>Strettezza e rigidità della vulva e della vagina.</i>	» 212
ART. 6. — <i>Resistenza e lacerazione del perineo.</i>	» 213
ART. 7. — <i>Trombo della vulva e della vagina.</i>	» 215
ART. 8. — <i>Prolasso della vagina</i>	» 217
ART. 9. — <i>Tumori fibrosi dell' utero</i>	» 218
ART. 10. — <i>Ernie</i>	» 221
ART. 11. — <i>Tumori dell' ovario</i>	» 222
ART. 12. — <i>Secondamento artificiale</i>	» »
Emorragie del secondamento.	» 225
ART. 13. — <i>Inversione dell' utero</i>	» 229
ART. 14. — <i>Emorragie puerperali</i>	» 231

CAPO III. — <i>Distocia fetale.</i>	Pag. 241
ART. 1. — Procidenza del cordone — Brevità anormale del cordone	» »
ART. 2. — Cagioni di distocia dipendenti dal feto	» 244

OPERAZIONI OSTETRICHE

CAPO I. — <i>Operazioni preparatorie.</i>	» 249
ART. 1. — Istero-stomatomia-Elitrotomia—Episiotomia — Rottura artificiale delle membrane	» »
ART. 2. — Parto prematuro artificiale, aborto provocato	» 251
CAPO II. — <i>Operazioni che estraggono il feto senza offesa della madre e del figlio.</i>	» 253
ART. 1. — Espressione — Lacci — Parto forzato	» »
ART. 2. — Versione	» 255
ART. 3. — Rivolgimento	» 257
Difficoltà del rivolgimento e modo di superarle	» 260
Presentazione della fronte	» 264
ART. 4. — Uncino ottuso	» 266
ART. 5. — Leva	» 266
ART. 6. — Forcipe	» 269
ART. 7. — Retroceps	» 281
ART. 8. — Apparecchi meccanici	» 281
CAPO III. — <i>Operazioni che offendono l'integrità del feto.</i>	» »
ART. 1. — Craniotomia nella presentazione della testa	» 283
ART. 2. — Cefalotripsia	» 286
ART. 3. — Cranioclastia	» 290
ART. 4. — Cefalotomia	» 295
ART. 5. — Perforazione e riduzione della base del cranio	» 297
Presentazione della pelvi	» 300
Presentazione del tronco	» 300

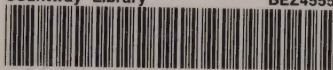


25.A.385.

Compendio di terapia ostetrica.1887

Countway Library

BEZ4555



3 2044 046 152 799



25.A.385.

Compendio di terapia ostetrica.1887

Countway Library

BEZ4555



3 2044 046 152 799